

PSICOLOGIA FENOMENOLÓGICA E SAÚDE: TEORIA E PESQUISA



Joelma Ana Gutiérrez Espíndula
Organizadora



Psicologia Fenomenológica e Saúde: Teoria e Pesquisa

REITOR

Jefferson Fernandes do Nascimento

VICE-REITOR

Américo Alves de Lyra Júnior

EDITORA DA UFRR

Diretor da EDUFRR

Cezário Paulino B. de Queiroz

CONSELHO EDITORIAL

Alexander Sibajev

Cássio Sanguini Sérgio

Edlauva Oliveira dos Santos

Guido Nunes Lopes

Gustavo Vargas Cohen

Lourival Novais Néto

Luis Felipe Paes de Almeida

Madalena V. M. do C. Borges

Marisa Barbosa Araújo

Rileuda de Sena Rebouças

Silvana Túlio Fortes

Teresa Cristina E. dos Anjos

Wagner da Silva Dias



Editora da Universidade Federal de Roraima
Campus do Paricarana - Av. Cap. Ene Garcez, 2413,
Aeroporto - CEP.: 69.310-000. Boa Vista - RR - Brasil
e-mail: editora@ufrr.br / editoraufrr@gmail.com
Fone: + 55 95 3621 3111

A Editora da UFRR é filiada à:



UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA

Psicologia Fenomenológica e Saúde: Teoria e Pesquisa

Joelma Ana Gutiérrez Espíndula
Organizadora



EDUFRR
Boa Vista - RR
2019

Copyright © 2019
Editora da Universidade Federal de Roraima

Todos os direitos reservados ao autor, na forma da Lei.
A reprodução não autorizada desta publicação, no todo ou em parte, constitui violação dos direitos autorais (Lei n. 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

Revisão Ortográfica

Os capítulos são de responsabilidade dos autores

Diagramação e Projeto Gráfico

Derick Lucas B. Figueiredo

Capa

José Luis Gutiérrez Angulo

Foto Capa

José Luis Gutiérrez Angulo

Adaptação da Capa

Derick Lucas B. Figueiredo

Rogério Azevedo

Dados Internacionais de Catalogação na publicação (CIP)
Biblioteca Central da Universidade Federal de Roraima

P974 Psicologia fenomenológica e saúde : teoria e pesquisa/
Joelma Ana Gutiérrez Espíndula, organizadora.
Boa Vista : Editora da UFRR, 2019.
202 p.

ISBN: 978-85-8288-199-6

1 - Psicologia. 2 - Fenomenologia. 3 - Psicologia
Fenomenológica. 4 - Saúde. I - Título. II - Espíndula, Joelma
Ana Gutiérrez (organizadora).

CDU - 159.9

Ficha Catalográfica elaborada pela: Bibliotecária/Documentalista:
Marcilene Feio Lima - CRB-11/507-AM

A exatidão das informações, conceitos e opiniões é
de exclusiva responsabilidade dos autores

SUMÁRIO

08

APRESENTAÇÃO

Joelma Ana Gutiérrez Espíndula

11

PREFÁCIO

Angela Ales Bello

15

SEÇÃO I

FENOMENOLOGIA E PSICOLOGIA FENOMENOLÓGICA

Angela Ales Bello

Joelma Ana Gutiérrez Espíndula

16

1. FENOMENOLOGIA DO CORPO E DA SEXUALIDADE: ASPECTOS ANTROPOLÓGICOS E PSICOLÓGICOS

Angela Ales Bello

32

2. ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE A FENOMENOLOGIA E O MÉTODO FENOMENOLÓGICO NAS PESQUISAS EM PSICOLOGIA

Joelma Ana Gutiérrez Espíndula

Tommy Akira Goto

48

3. AUTOCONSCIÊNCIA COMO ACONTECIMENTO: VIVER A PERGUNTA “QUEM SOU EU?”

Miguel Mahfoud

56

4. A RELAÇÃO ENTRE AUTENTICIDADE E CORPOREIDADE À LUZ DE EDITH STEIN

Achilles Gonçalves Coelho Júnior

Cristiano Roque Antunes Barreira

68

SEÇÃO II

EXPERIÊNCIAS E PESQUISAS EM FENOMENOLOGIA, PSICOLOGIA E SAÚDE

Achilles Gonçalves Coelho Júnior

Ewerton Helder Bentes de Castro

69

5. VIVÊNCIAS DE PROFISSIONAIS EM SUAS PRÁTICAS NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO EXTREMO NORTE DO PAÍS: REFLEXÕES DA FENOMENOLOGIA

Joelma Ana Gutiérrez Espíndula

Katyanne Melo da Silva

85

**6. CONTRIBUIÇÕES DA FENOMENOLOGIA PARA A ATENÇÃO ÀS
PRIMEIRAS CRISES DO TIPO PSICÓTICAS: EXPERIÊNCIA EM UM CAPS III
DE CURITIBA**

Mariana Cardoso Puchivailo
Iléo Izídio da Costa
Adriano Furtado Holanda

99

**7. CONTRIBUIÇÕES DA FENOMENOLOGIA DE HUSSERL E STEIN PARA A
ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM PARA A SAÚDE DO HOMEM**

Cleiry Simone Moreira da Silva
Joelma Ana Gutiérrez Espíndula
Paulo Sérgio da Silva

115

8. PSICOLOGIA CLÍNICA: INDÍGENAS NA AMAZÔNIA

Pamela Alves Gil

125

**9. VIVÊNCIAS DE PACIENTES COM CÂNCER EM UM HOSPITAL:
REFLEXÕES DA FENOMENOLOGIA DE EDITH STEIN**

Joelma Ana Gutiérrez Espíndula
Angela Ales Bello

143

**10. O SIGNIFICADO DA VIVÊNCIA DE PACIENTES COM CEFALÉIA TIPO
TENSIONAL CRÔNICA EM TRATAMENTO OSTEOPÁTICO**

Thales Frederico Ribeiro Fonseca
Joelma Ana Gutiérrez Espíndula

156

**11. REDES DE APOIO PSICOSSOCIAL DO IDOSO INSTITUCIONALIZADO NO
EXTREMO NORTE DO PAÍS: UM OLHAR DA FENOMENOLOGIA STEINEANA**

Matuzalém Lima e Sousa
Joelma Ana Gutiérrez Espíndula

172

**12. O MÉTODO FENOMENOLÓGICO E A PESQUISA EM PSICOLOGIA DA
SAÚDE EM MANAUS/AM**

Ewerton Helder Bentes de Castro

183

**13. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM ANEMIA
FALCIFORME NO EXTREMO NORTE DO PAÍS**

Luciana Lopes Silva Martins
Joelma Ana Gutiérrez Espíndula

199

SOBRE OS AUTORES

APRESENTAÇÃO

É com imenso prazer que apresento a obra *“Psicologia Fenomenológica e saúde: teoria e pesquisa”*, elaborada a partir dos estudos comunicados no **II Seminário de Fenomenologia & Psicologia fenomenológica e II Congresso Internacional Pessoa e Comunidade**, que foi realizado na cidade de Boa Vista, na Universidade Federal de Roraima (UFRR), nos dias 12 e 13 de setembro de 2017. Esse evento abriu um campo perspicuo de debates entre professores doutores e pesquisadores convidados de universidades nacionais e internacionais, além de alunos da graduação e pós-graduação. Sou grata pela oportunidade que a UFRR nos ofereceu, através de suas instalações e outras formas de apoio, tornando possível integrar o conhecimento desenvolvido pelos participantes locais e da região Norte, mas também daqueles advindos das regiões Centro-oeste, Sudeste e Sul do país.

Preciso fazer alguns agradecimentos a todos que partilharam dos mais diferentes momentos e contextos do evento e que me enviaram seus capítulos para tornar este sonho possível. Espero que o leitor aceite o convite da caminhada nesta perspectiva interdisciplinar, a meu ver, muito proveitosa para o conhecimento e a compreensão do sentido do humano, do ponto de vista da filosofia fenomenológica, da psicologia e da psicopatologia fenomenológica. Almejo que os estudos relatados nesta obra estejam acessíveis para quem não pôde vir ao evento devido à distância, sobretudo aos iniciantes, profissionais e pesquisadores da área da psicologia e ciências da saúde.

Agradeço em especial pelo companheirismo de muitos anos, a professora e filósofa italiana Angela Ales Bello, da Universidade Lateranense de Roma e presidente do Centro Italiano de Pesquisas Fenomenológicas (*Centro Italiano di Ricerche Fenomenologiche - Roma*), que aceitou prontamente o meu convite como convidada especial para proferir a conferência de abertura e encerramento do Congresso em Boa Vista, Roraima, e não mediu esforços em vir para um local geograficamente tão distante do grande centro do Brasil. Ela vem se dedicando, desde 1980, às pesquisas fenomenológicas destinadas a colaborar com psicólogos e psicoterapeutas brasileiros, como também aos diálogos interdisciplinares, especificamente com psiquiatras de orientação fenomenológica e psicanalítica, que cursavam e cursam o Centro Italiano de Pesquisas Fenomenológicas. Agradeço a professora Irmã Jacinta Aparecida Turolo Garcia, pela disponibilidade e presença no evento e pela grande ajuda da tradução oral. Agradeço imensamente também ao professor Miguel Mafoud pela disponibilidade em colaborar com a tradução oral e escrita.

Agradeço a parceria e a colaboração do curso de Psicologia do Centro de Educação (CEDUC/UFRR) e do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde (PROCISA/UFRR). Agradeço também a parceria e o apoio do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, que por intermédio do professor Andrés Antunez, depositou confiança em mim para realizarmos o II Seminário de Fenomenologia e Psicologia, junto com o II Congresso Internacional Pessoa e Comunidade, tendo como foco a Psicopatologia, Fenomenologia e Ciências da Saúde. O apoio recebido da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), através do Programa de Apoio a Eventos no País (PAEP), foi essencial para realização do congresso e gerou ótimos frutos.

O evento foi um sucesso, tivemos 250 inscritos e **chegamos a 87 apresentações (conferências, mesas-redondas, pôsters e sessões livres)**, que se encontra organizado por nós e disponibilizado nos *Anais do II Seminário de Psicologia e Psicologia Fenomenológica e II*

Congresso Internacional Pessoa e Comunidade: fenomenologia, psicopatologia e ciências da saúde, em parceria com o Instituto de Psicologia da USP em 2017. A ideia de juntar os dois eventos surgiu na minha capacitação, em 2016, ao participar dos Seminários realizados na USP, organizado pelo professor Andrés Antúnez e ministrado pela professora Angela Ales Bello.

Já há algum tempo eu tinha o desejo de reunir em um livro discussões sobre temas de relevância na área da psicologia, fenomenologia e ciências da saúde. O livro foi dividido em duas sessões, na primeira sessão se encontra uma parte de fundamentação teórica e, na segunda, se encontram as pesquisas empíricas e relatos de experiência. Nessa primeira parte estão as conferências da professora Angela Ales Bello, que propõem desenvolver um método efetivo e com rigor (fenomenológico) de trabalho para compreender a complexidade do ser humano, tendo como ponto de partida o reconhecimento, pelo pesquisador, da pergunta: *o que significa o ser humano para mim?* Para responder essa questão, ela nos apresenta que o conhecimento tem atitude essencialmente *intencional*, bem como que o tema da subjetividade e intersubjetividade passam pela estrutura transcendental dos atos vividos, dos quais se têm consciência.

A publicação da presente obra buscou atender a demanda do Grupo de Estudos e Pesquisas Qualitativas e Fenomenológicas e do *FenomPsi* (Laboratório de Fenomenologia e Psicologia Fenomenológica), coordenado por mim e que têm se referenciado no trabalho da professora Ales Bello sobre as possibilidades da fenomenologia – em especial por meio das contribuições da psicologia fenomenológica de Husserl e Edith Stein e da psicopatologia fenomenológica de Binswanger e Bruno Callieri. Nesses grupos buscamos refletir sobre a constituição do ser humano (em suas dimensões antropológicas física, psíquica e espiritual) e auxiliar na preparação dos profissionais para lidar com os vários aspectos que envolvam a pessoa e suas relações humanas, vividas na sua singularidade e pessoalidade, sem reducionismo psicológico, sociológico e psicanalítico. Considera-se que pensar a formação acadêmica do profissional, subentende refletir o cenário histórico, os diversos modos de interação social na vida cotidiana e a formação da subjetividade do indivíduo constituída de um etos regional e global.

No capítulo “*Contribuições da fenomenologia à pesquisa em Psicologia Clínica e da Saúde*”, de minha autoria e do professor Tommy Goto, fruto da minha pesquisa de pós-doutoramento, procuramos mostrar que, para Husserl, há uma possibilidade de todo ser humano intuir o sentido das coisas e o método fenomenológico nos apresentou de forma clara um caminho para o conhecimento de caráter essencialmente *intencional*. Como nos apontou a professora Ales Bello, podemos compreender a *consciência intencional* de modo claro pela definição da filósofa Stein: uma luz interior que ilumina o fluxo das vivências de modo consciente que orienta o caminho vivido.

Miguel Mahfoud, no capítulo “*Autoconsciência como acontecimento: viver a pergunta Quem sou eu?*”, discute um tema muito atual nos dias de hoje, em que as pessoas estão adoecendo porque não se colocam a pergunta original imposta pela vida e nem buscam responde-la. O tema desse capítulo foi publicado também no livro de sua autoria. Outro capítulo teórico dos professores Achilles Gonçalves Coelho Júnior e Cristiano Roque Antunes Barreira da USP, que recebeu o título “*A relação entre autenticidade e corporeidade à luz de Edith Stein*”, mostra a discussão e aprofundamentos da noção de autenticidade e corporeidade, tão presente na fenomenologia de Edith Stein e como esta correlação pretende ultrapassar dicotomias presentes na literatura. Agradeço aos outros colegas que conheço diretamente: Adriano Holanda,

Ileno Izídio Costa e Mariana Puchivailo, com o capítulo *“Contribuições da fenomenologia para a atenção às primeiras crises do tipo psicóticas: experiência em um CAPS de Curitiba”*, trata-se de uma pesquisa cujo objetivo foi problematizar a atenção às primeiras crises do tipo psicóticas, a partir de uma experiência em um CAPS III de Curitiba, na perspectiva fenomenológica. Os autores buscaram compreender a pessoa em sua totalidade e não apenas como um doente a ser tratado. Eles fazem uma reflexão crítica da situação de adoecimento do que em técnicas específicas, possibilitando o profissional *pensar* sobre o seu fazer, mas para isso é necessário que consigamos abrir mão das nossas visões de mundo, das nossas verdades e sentidos.

O professor Ewerton Castro, com o capítulo *“O método fenomenológico e a pesquisa em Psicologia da Saúde em Manaus”*, mostra o relato das várias pesquisas utilizando o método fenomenológico, na perspectiva de Heidegger, realizados em seu grupo de estudos e pesquisa da Psicologia da Universidade Federal do Amazonas (UFAM). A professora Pamela Gil, da psicologia UFRR em seu capítulo *“Psicologia clínica: indígenas na Amazônia”*, traz um relato de experiência de seu trabalho há mais de duas décadas com povos indígenas no Amazonas. Agradeço os outros autores que foram meus ex-alunos da graduação e mestrado que permaneceram no método fenomenológico.

Agradeço aos meus colegas, companheiros que conheço há muitos anos e que puderam estar presentes comigo nesse congresso, por colaborarem na avaliação dos trabalhos e por fazerem parte deste sonho se tornar realidade.

Agradeço enormemente ao meu esposo José Luís, pelo companheirismo nessa caminhada, pelo cuidado em me ajudar a buscar tema e criar a arte da capa do livro, pelo apoio, carinho, paciência, determinação e zelo, toda minha gratidão.

Dedico este livro para meu querido esposo, e a meus filhos Pietro e Lorena, meus amores e minha gratidão por ser mãe de filhos tão amáveis e dóceis, e espero que possam no futuro admirarem sua mãe de alguma maneira.

Portanto, foi de grande valor trazer para Boa Vista-RR um evento internacional de grande porte voltado para subjetividade do ser humano, numa perspectiva interdisciplinar que merece ser abordada em sua complexidade, em diversos aspectos fenomenológicos e existenciais, das ciências humanas e das ciências da saúde. Como diz Binswanger: *“O encontro é estar com o outro em autêntica presença”*, ou seja, o esforço/intencionalidade do pesquisador/profissional (psicólogo) clínico e da saúde se colocar em relação de reciprocidade e disponibilidade em sua totalidade por meio de uma atitude fenomenológica.

Joelma Ana Gutiérrez Espíndula - Maio de 2019

PREFÁCIO

Há muitos anos¹ venho ao Brasil para ministrar cursos em diversas universidades e centros culturais e para participar de congressos e bancas de doutorado; muitos estudantes brasileiros foram a Roma, Itália, para estudar na Pontifícia Universidade Lateranense, onde por muitos anos lecionei e onde agora sou Professora Emérita e *Senior Advisor* da Área de Pesquisa dedicada a “Edith Stein e o Pensamento Contemporâneo: Estudos interdisciplinares pela unidade dos saberes”. Meu contato com o Brasil se deu, inicialmente, com a Faculdade de Filosofia da Universidade do Sagrado Coração de Bauru (2001), da qual a reitora era a Prof.a Ir. Jacinta Aparecida Turolo Garcia, que esteve presente a este evento na Universidade Federal de Roraima, em Boa Vista, a quem agradeço pela preciosa ajuda na tradução oral de meu texto. Minhas aulas dedicadas à fenomenologia logo receberam atenção dos psicólogos, tornando possível que o projeto do fundador da escola fenomenológica, Edmundo Husserl, e de sua aluna Edith Stein, se concretizasse não na Alemanha, onde nascera a fenomenologia, nem na Europa onde esta se difundiu rapidamente, mas no continente americano, na América do Sul, no Brasil.

Qual era o projeto dos fenomenólogos? Que investigação filosófica é essa – conduzida por eles para compreender a complexa estrutura do ser humano – pôde se tornar guia para pesquisadores no âmbito da psicologia e das ciências humanas? Como é que o psicólogo se interrogaria sobre a psique sem preliminarmente indagar sobre a psique e sua interação com o corpo e também com o espírito humano? Para compreender tudo isso é necessário um duplo trabalho: por um lado, realizar uma escavação no ser humano para conhecer a multiplicidade e a qualidade das vivências (*Erlebnisse*) corpóreas, psíquicas e espirituais; e por outro lado, em seguida, examinar como, baseado nelas, pode-se compreender o funcionamento da psique humana (interesse do psicólogo) e a organização dos seres humanos na comunidade e na sociedade (objeto de investigação, por exemplo, do sociólogo).

Essa proposta husserliana e steiniana foi bem compreendida no Brasil por numerosos estudiosos de psicologia e também por psicólogos que trabalhavam no campo, isto é, se relacionando com pessoas que, sentindo algum tipo de mal estar psíquico, se dirigem a eles. Nos últimos vinte anos encontrei muitos desses pesquisadores e profissionais da psicologia que estão cômicos de que as análises propostas por Husserl e Stein podem ser úteis para a própria formação. No Brasil, de fato, a fenomenologia já tinha se difundido na área da psicologia, mas aquela dos discípulos diretos ou indiretos de Husserl, como Heidegger e Merleau-Ponty. Acredito que algumas análises feitas por deles – sobretudo do fenomenólogo francês, mais próximo do mestre do que o primeiro – possam ser convincentes, mas por que não voltar às origens? Por que não voltar à investigação de Husserl? Considero suas análises as mais completas e profundas, como sua discípula direta Edith Stein o demonstra. De outro lado, como sabemos, Merleau-Ponty havia lido os manuscritos de Husserl sobre corporeidade, podendo assim realizar suas investigações. Na minha contribuição a este livro, intitulada *Fenomenologia do corpo e sexualidade: aspectos antropológicos e psicológicos*, busquei mostrar por que os resultados aos quais Husserl chega são mais válidos do que os propostos por outros discípulos.

Dentre os participantes deste volume, alguns eu os conheço há muitos anos e aprenderam a lição de Husserl e Edith Stein: posso citar Joelma Espíndula (com a qual escrevi um dos ensaios contidos aqui), Cristiano Barreira, Tommy Goto, Achilles Coelho Júnior

¹ Tradução de Miguel Mahfoud do texto originalmente em italiano.

e Miguel Mahfoud (que no seu capítulo aqui presente *Autoconsciência como acontecimento: viver a pergunta "Quem sou eu?"* ecoa a antropologia fenomenológica). Os outros autores, que eu não conhecia diretamente, estão amplamente no âmbito fenomenológico.

Como este livro nasceu? De um congresso ocorrido em Boa Vista, na Universidade Federal de Roraima em 2017, dedicado a Psicopatologia, Fenomenologia e Ciências da Saúde; aliás, dois em um: o II Seminário de Fenomenologia e Psicologia Fenomenológica e o II Congresso Internacional Pessoa e Comunidade.

Se trata de segundo seminário e segundo congresso, quer dizer que já houve um primeiro. De fato, o I Congresso Internacional Pessoa e Comunidade: Fenomenologia, Psicologia e Teologia fora organizado pela USP por Andrés Antúnez, em colaboração com a Unifesp, pela Faculdade de Psicologia, do qual participei.

A colaboração entre a Universidade Federal de Roraima e a USP e a continuidade do II Seminário de Fenomenologia e Psicologia Fenomenológica deu ótimos frutos que estão reunidos aqui e que estão a disposição de quem não pôde participar, também devido a distância daquele belo mas longínquo Estado de Roraima.

Por estes textos conterem uma extraordinária riqueza e variedade, considero que minha tarefa seja a de fornecer um mapa conceitual para orientar a leitura. As contribuições aqui reunidas podem ser divididas em duas categorias: A mais teórica que indicam as ideias-guia da abordagem fenomenológica no âmbito da psicologia e as que descrevem aplicações daquelas ideias do ponto de vista da prática.

Entre os primeiros, podemos incluir meu artigo (capítulo 1) dedicado à clarificação do método fenomenológico como um instrumento para compreender a estrutura do humano, com particular referência ao tema da corporeidade; também o ensaio de Miguel Mahfoud (capítulo 3), o qual se dedica a um argumento teórico: a consciência de si mesmo. Pode-se afirmar que o ponto de vista destes dois textos seja principalmente filosófico, mas isso não quer dizer que fiquem num plano abstrato; pelo contrário, aquelas reflexões servem para enfrentar questões concretas: Como se vive a corporeidade? Como se vive a própria realidade existencial? Tentar resolver tais questões é fundamental para o psicólogo enquanto pesquisador e terapeuta, e para o paciente, que deve ser solicitado a conhecer a si mesmo.

Pode-se observar que mesmo o capítulo 4, *A relação entre autenticidade e corporeidade à luz de Edith Stein*, parte de uma questão filosófica – a questão da autenticidade – que é tratada, em particular, pelos fenomenólogos Husserl, Heidegger e pela Stein; os autores Achilles Coelho Júnior e Cristiano Barreira, porém, logo declaram utilizá-la na psicologia e na psicoterapia, não limitando-se à dimensão puramente psíquica mas alargando suas considerações a toda a complexidade do ser humano: da corporeidade à psique e dessa à ética. Desse modo, esta última é considerada plenamente presente na psicologia e isso é uma notável conquista teórica e prática.

A passagem da primeira à segunda parte temática do livro se dá no capítulo 2, intitulado *Algumas reflexões sobre a fenomenologia e o método fenomenológico nas pesquisas em psicologia* versando sobre a formação do psicólogo na linha do método fenomenológico, formação essa que requer uma preparação teórica: Joelma Espíndula e Tommy Goto descrevem bem o método husserliano e indicam uma abertura para a dimensão empírica. Daí deriva, como também nos outros textos examinados, que a psicologia fenomenológica usa convincentemente critérios qualitativos, que não têm nada a ver com investigações pseudo-científicas de outras abordagens no âmbito da psicologia. É uma crítica à postura

positivista que em nosso tempo vem assumindo sempre mais fortemente o cérebro, analisado através da neurociência, como único instrumento de conhecimento e de ação para o ser humano. Claro que o cérebro é indispensável, mas a análise fenomenológica demonstra que o ser humano não se reduz a seu cérebro ou a seu corpo: outras dimensões são importantes e qualificantes.

A segunda parte do livro é dedicada ao empenho no plano prático, que precisa de orientação teórica, mas que às vezes o pressupõe sem explicitá-lo completamente. São muito interessantes as práticas que mostram uma análise em ato que permitem resultados frequentemente satisfatórios. Certamente, frente a distúrbios graves, as possibilidades de pleno sucesso não são sempre fáceis – aliás, às vezes não têm êxito, mas o importante é que mesmo a proximidade, a atenção, o contato humano não são secundários na recuperação da saúde. E o que vem a ser a saúde, no fundo, se não a possibilidade de compartilhar com serenidade e equilíbrio “um estilo de experiência comum” do ponto de vista corpóreo e também psíquico?

É importante que quem esteja em melhores condições, que vive com maior serenidade e equilíbrio – na medida do possível a um ser humano – possa ajudar os outros. Como Edith Stein nos indica – e este livro cumpre um papel importante – a nossa singularidade, que é um ponto de referência imprescindível, sempre tem necessidade de uma comunidade em que possa ser acolhido. De fato, são os outros que nos fazem crescer, nos ajudam e depois cada um de nós, por sua vez, deve fazer o mesmo com quem encontra.

Os textos deste livro não se referem diretamente a isso, mas o que podemos definir como “feito ético” percorre cada uma das contribuições. Todavia, para que a ajuda possa ser eficaz é necessária não somente a disponibilidade interior mas também um conhecimento que poderia ser definido, em senso amplo, como “técnica” e que é fruto de um longo processo cultural. Tal processo cultural se refere a toda a humanidade e se articula nos diversos âmbitos do saber, nas diversas disciplinas. Na cultura ocidental, articulação entre elas se tornou sempre mais capilar, com o risco de separação não-comunicante dos setores de investigação. Eis o esforço a ser feito, como afirmei no início deste prefácio, não para simplesmente juntar os saberes, mas para traçar conexões capazes de vivificar sempre mais cada área de investigação.

Antropologia e filosofia, antropologia e filosofia fenomenológica como base para uma psicologia: é visível nas contribuições da segunda parte do livro que são claramente “técnicos” mas pressupõem uma visão do ser humano apreendido na sua complexa articulação.

Os capítulos 5 (autoria de, Joelma Espíndula e Katyanne Melo da Silva) e 12 (autoria de Ewerton de Castro), mostram como o método fenomenológico é necessário para a formação profissional de quem se empenha pela saúde pública, tais pesquisas foram realizadas respectivamente nas regiões de Boa Vista e Manaus. O mesmo vale na profissão de enfermeiros (capítulo 7, de Cleiry da Silva, Joelma Espíndula e Paulo Sérgio da Silva). De modo mais específico, captam as dificuldades psíquicas de quem tem doenças físicas, porque corpo e psique constituem – secundo a indicação fenomenológica – um conjunto denominado corpo vivo (*Leib*), no qual o que é corpóreo influencia a psique e vice-versa, como demonstram os capítulos dedicados aos pacientes com câncer (capítulo 9, de Joelma Espíndula e Angela Ales Bello), pacientes com cefaleia de tipo tensional crônica (capítulo 10, de Thales Fonseca e Joelma Espíndula) e pacientes com anemia falciforme (capítulo 13, de Luciana Martins e Joelma Espíndula).

Por outro lado, há também distúrbios psíquicos que, embora nem sempre apresentem recaídas corpóreas evidentes, a vida de alguns fica difícil de suportar, como mostram as contribuições dedicadas às primeiras crises psicóticas (capítulo 6, de Mariana Cardoso, Idízio da Costa e Adriano Holanda). Uma atenção específica é dedicada também à situação dos anciãos institucionalizados, os quais, por fraqueza psicofísica da idade avançada e pela distância de suas casas têm necessidade de uma atenção específica (capítulo 11, de Matuzalém Lima e Sousa e Joelma Espíndula).

Interessante a investigação – também no campo da saúde – sobre a população do Estado de Roraima que acolhe várias etnias indígenas, com suas culturas e suas tradições. É complexa tarefa de colocar em contato mentalidades diversas, mas, agindo com sensibilidade e respeito recíproco, o que é autenticamente humano emerge e permite aproximar diversas perspectivas, como o capítulo 8 de Pamela Gil o demonstra.

Como se vê, é notável a presença do nome de Joelma Espíndula, muito ativa nos diversos setores de investigação teórica e prática, a quem devemos agradecer pela organização do evento que tornou possível reunir as interessantes contribuições aqui publicadas. Essas representam um testemunho importante sob muitos pontos de vista: quanto ao ótimo nível da preparação específica daqueles que participaram e também quanto à profunda humanidade deles.

Angela Ales Bello

Seção I
Fenomenologia e Psicologia fenomenológica

Angela Ales Bello
Joelma Ana Gutiérrez Espíndula

1. FENOMENOLOGIA DO CORPO E DA SEXUALIDADE: ASPECTOS ANTROPOLÓGICOS E PSICOLÓGICOS

Angela Ales Bello

1. Corpo: um tema “fora de moda”?

O tema do corpo¹ esteve “na moda”, desde as últimas décadas, desde final do século passado. E o que é a moda se não a expressão do estado de ânimo de certo período histórico? Aliás, podemos afirmar que a própria periodização, sobre a qual a historiografia clássica se fundamenta, baseia-se principalmente na sensibilidade quanto a alguns temas que chamam a atenção – certamente podem ser mais de um, mas frequentemente estão subterraneamente ligados.

O século XX, para o Ocidente, e particularmente para a Europa, foi um século de grandes “revisões”, tendendo a uma ambígua reapropriação o ser humano por si mesmo. Está claro que as grandes abstrações e universalizações da Idade Moderna foram colocadas em crise e também os instrumentos intelectuais com os quais foram produzidos. Defini como “ambígua” essa reapropriação, pois muitas correntes filosóficas fizeram a crítica à centralidade do sujeito humano e ao mesmo tempo reconduziram sociedade, história e política ao plano da imanência, ou seja, ao plano em que tudo é definido pelo sujeito. Certamente, dar abertura à particularidade foi uma tendência interessante do século passado. O risco, porém, é o de absolutizá-la.

Não foi sempre assim: no panorama das leituras do real, parece-me que a fenomenologia, mesmo compartilhando um programa mínimo – o de começar de baixo –, soube alargar a investigação com liberdade e deu espaço a problemas de fundo.

Na sensibilidade de nosso momento cultural, como herdeiros do século XX, ainda estamos no clima de contestação das grandes sínteses da razão, dos grandes sistemas; agrada-nos o cultivo de pequenos hortos conclusivos: eis que vários temas que tinham sido marginalizados (com ou sem boas razões) vieram com força à ribalta. Um deles foi o tema do corpo. Certa de que nada deva ser desprezado – pelo contrário, tudo deve ser tomado seriamente para ser analisado, contextualizado e eventualmente criticado – considero esse tema importante e central desde que se torne um campo de investigação profunda, não seja banalizado. Todavia, recentemente houve uma reviravolta importantíssima no que se refere à corporeidade: algumas correntes de pensamento deslocaram o interesse, tendendo a absolutizar as influências da sociedade e suas ressonâncias psíquicas no ser humano. “O contexto vale mais que o indivíduo”, ouve-se dizer; mas, paradoxalmente, afirma-se também que o indivíduo pode escolher baseado em suas tendências.

Essa contradição pode ser compreendida, a meu ver, pela perda de pontos-de-referência seguros que torna tudo ondulante e vago, produzindo inclusive uma visão antropológica peculiar, que na base da chamada *gender theory*, a qual declara ter superado o tema do corpo e, particularmente, do corpo sexuado.²

A este ponto é muito importante percorrer a história da questão da corporeidade, para se poder tomar posição teoricamente. Parece-me que justamente a fenomenologia, por ser

¹ Tradução de Miguel Mahfoud do texto originalmente em italiano: *Fenomenologia del corpo e della sessualità Aspetti antropologici e psicologici*.

² Tratei mais amplamente desse tema no meu livro ALES BELLO, A. *Tutta colpa di Eva: Antropologia e religione dal femminismo alla gender theory*. Roma: Castelvecchi, 2017 [A culpa é toda de Eva: antropologia e religião desde o feminismo até a gender theory]. De agora em diante, *Tutta colpa di Eva*.

a primeira corrente de pensamento a indicar o tema – ainda que isso seja frequentemente esquecido ou, mais propriamente, ignorado –, possa nos oferecer instrumentos para analisar a passagem da atenção ao corpo à sua desvalorização por diversas correntes de pensamento. Nas descrições que seguem, me inspirarei na fenomenologia e serão ponto de referência as análises do expoente Edmund Husserl e de duas discípulas – Edith Stein e Hedwig Conrad Martius – que dedicaram páginas belíssimas à descrição do mundo humano e do mundo animal em suas conexões e distinções, justamente partindo da corporeidade.

2. Abordagem fenomenológica da constituição do corpo

Iniciemos pela análise de Edith Stein, fio condutor de nossa investigação. A específica atenção que ela dedica à corporeidade emerge desde o período em que elaborava sua tese de doutorado: já tinha intuído a relevância do corpo vivo em qualquer pesquisa que se refira ao ser humano enquanto unidade psicofísica (indivíduo). Viria a ser um tema recorrente de toda a sua elaboração antropológica; e, como boa fenomenóloga, nunca considerou que já tivesse chegado a resultados definitivos sobre o tema, sempre recomeçando do início, partindo da pergunta “O que é?”. A essa pergunta, expôs o corpo, o *Leib*, o qual mostra toda a sua “imperfeição” e “importunação implacável”³ quando examinado em primeira instância apenas como corpo físico, como *Körper*: ele resiste a qualquer tentativa de considerá-lo um objeto como outro qualquer, como se fosse dado somente na pela percepção externa.

Pelo contrário, o *Leib*, corpo vivo, está sempre presente em toda experiência de objetos “espaciais-coisais”. Nisto reside sua peculiaridade: ser órgão perceptivo do sujeito que experiencia. É a este nível que se coloca a possibilidade de investigação sobre sua constituição.

O direcionamento fora sugerido por Husserl na identificação de um ponto de vista privilegiado: “aquele em que o corpo experienciado espacialmente e percebido por meio do corpo vivo é o próprio corpo somático”.⁴ Em outros termos, o corpo é somático e também mais que somático. Imediatamente emergem as afinidades e, ao mesmo tempo, as diferenças quanto a outros objetos percebidos. Como as outras coisas, ele ocupa espaço, tem extensão tridimensional, está submetido às leis da geometria, é caracterizado por qualidades sensíveis, pode ser percebido na exterioridade, mas aí já se revela uma primeira diferença: “há partes do corpo que podem ser percebidas pelo tato mas não podem ser vistas”.⁵

Com a continuidade da investigação, a renitência do corpo a uma análise unidirecional fica ainda mais evidente. Na percepção, de fato, os objetos se dão em ilimitadas possibilidades de preenchimento, em virtude da capacidade, por parte do sujeito que percebe, de mudar a orientação com relação ao objeto; o que é impossível na percepção do corpo próprio, porque ele é sempre o “ponto zero” com relação ao qual o resto do mundo espacial se ordena. Enquanto as coisas estão sempre “lá” (longe, próximas, à direita, à esquerda etc), o corpo vivo é sempre “aqui”, sempre centro, ponto pelo qual olha o mundo.⁶ Essa peculiaridade se manifesta, especialmente, se considerarmos uma outra característica, que faz do corpo

³ STEIN, E. *Il problema dell'empatia*. Tradução de E. e E. Costantini. Prefácio de A. Ales Bello. Roma: Studium, 2017. p.105. Daqui em diante, *L'empatia*.

⁴ HUSSERL, E. *Idee per una fenomenologia pura e una filosofia fenomenologica*. Vol. II. Tradução de V. Costa. Torino: Einaudi, 2002. p. 147. Daqui em diante, *Idee II*.

⁵ *Ibidem*.

⁶ Cf. *Idee II*, op. cit., p. 160. A análise do corpo vivo como *ponto zero* da orientação no espaço será retomada e aprofundada na parte dedicada à *empatia* (ou melhor, *entropatia*), quando a investigação de ordem solipsista deixa lugar à consideração do *alter-ego*.

físico um corpo vivo (comparada ao resto das coisas que, ao invés, são matéria morta): trata-se do *movimento próprio*, originado por um movimento interno. O corpo vivo não se move exclusivamente em virtude de um processo causal mecânico, ativado desde o exterior, mas pode fazê-lo “espontaneamente”, “imediatamente”, “livremente”.⁷ Mesmo numa hipotética anulação de toda percepção externa, o *movimento próprio* pode explicar como o corpo vivo apareça sempre como o que ocupa um espaço, delimitado por uma superfície, a partir da qual pode-se distinguir um “interior” e um “exterior”. Através do movimento o corpo conquista partes do espaço que não lhe pertencem propriamente, como também experimenta o deslocamento de cada membro e do centro mesmo.

A “mentira” que o corpo me seja doado somente nos atos da percepção externa tem, então, perna curta.

Se fecharmos os olhos bem apertados e estendermos as mãos colocando-as distante de nós, de modo que nenhum membro do corpo toque outro e não possamos ver nem tocar o corpo, ainda assim não poderemos nos livrar dele: mesmo nesse caso ele está aqui em plena “corporeidade” (daí o nome), inelutável, e nos encontramos perpetuamente ligados a ele. Justamente esse vínculo, essa pertença a mim, nunca poderia se constituir na percepção externa.⁸

Isso fica evidente ao considerar as *sensações táteis*, às quais Husserl conferia papel constitutivo para o corpo vivo. Só no âmbito tátil os objetos se constituem *originalmente*, isto é “de modo diretamente intuitivo”.⁹ Enquanto corpo visto, ele – por sua vez – não vê; ao invés, enquanto tocado, ele – por sua vez – toca. No tato a sensação é imediatamente intuitiva como sendo no objeto percebido, em virtude da *localização das sensações*. A sensação localizada não pertence ao órgão tátil enquanto *coisa*. Ela remete a um *a mais* com relação à esfera material. É o critério de discernimento entre o que é *meu* e o que não é meu; é o *anúncio* do corpo vivo.¹⁰

O preenchimento das componentes vazias da percepção do corpo próprio se dá em outra direção, “desde dentro”, chegando a se completar na apercepção unitária. Percepção externa e interna se completam e se corrigem uma à outra, fundindo-se em um único ato preceptivo, mas levando o corpo à datidade como “senciente”, e “sentido” como lugar unitário de acontecimento de sensações. Quando toco uma parte de meu corpo, “a parte do corpo vivo definida de modo vago e o corpo físico formado de modo determinado aparecem como uma única e idêntica coisa espacial”.¹¹ O tato, no entanto, não fica isolado no seu privilégio de levar o corpo à datidade. Todas as determinações sensíveis se conectam na unidade do esquema “*corpo vivo-físico*”, de modo que, em cada percepção se apreenda a totalidade das componentes sensíveis, mesmo aqueles que não recaem diretamente no sentido em causa ao longo do tempo.

As sensações estão sempre em um “onde” que não é localizado no espaço externo, nem no “vazio”, mas em “lugares” de onde fluem e que preenchem o espaço, conectando-se em uma unidade que constitui o corpo vivo.¹² Elas se localizam a uma “distância” de um

⁷ Mais adiante esse aspecto será aprofundado, a propósito da expressão do corpo vivo, movido pelo *impulso* e/ou pela *vontade*.

⁸ *L'empatia*, op. cit., p. 105.

⁹ *Idee II*, op. cit., p. 151.

¹⁰ Cf. *Idee II*, op. cit., p. 152.

¹¹ STEIN, E. *Introduzione alla filosofia*. 2a ed. Tradução de A. M. Pezzella, Prefácio de A. Ales Bello. Roma: Città Nuova, 2001, p. 242. Daqui em diante, *Introduzione*.

¹² *L'empatia*, op. cit., p. 106.

centro a-espacial (o eu) com respeito ao qual se dá a sensação, delineando uma superfície de contornos não rigidamente definidos, que encerra uma porção de espaço, que é o interior do corpo vivo. Esse, por sua vez, se dá a mim por “si mesmo”, nas “sensações internas” dos órgãos que sinto colocados entre mim e a superfície, e nos estados físicos difusos (como cansaço ou frescor).¹³

O *proprium* da sensibilidade gera também uma específica colocação do corpo vivo no interior do mundo material, tal que não se possa estabelecer um nexos causal imediato entre as mudanças do ambiente circunstante e aqueles do estado do corpo animado. Os efeitos sobre este último são paralelos às mudanças de corrente de processos materiais, sendo mediados pela esfera das sensações. Isso é exemplificado no caso em que o corpo próprio venha a ser golpeado por um corpo físico externo. Advirto um deslocamento, um *movimento*, mesmo se não gerado por um impulso interno, e colho também a *resistência* oposta, junto à *força* com que isso acontece. Tal datidade é apreendida de modo originário e, ao mesmo tempo, é também “vista”. O corpo é plenamente inserido na conexão causal da natureza, do modo que o “acontecer” no interior dela seja vivido não como mera efetualidade, mas como co-incidência com o processo físico: *estados corpóreos* (ser movido) e *qualidades corpóreas* (a resistência e a força) são co-dados na mesma unidade de apreensão. A correspondência externo-interna, todavia, não se dá sempre da mesma maneira direta e biunívoca. Pode haver qualidades sensíveis que se manifestem somente na percepção externa e outras que, pelo contrário, sejam somente internas.

Mas o corpo vivo fica sempre implicado nas dinâmicas do mundo, ao mesmo tempo excedendo e realizando-as na percepção interna e na atividade consciente do eu. O envolvimento do corpo vivo no que acontece ao corpo físico funciona como “estímulo” não somente para a percepção de alguns estados momentâneos, mas também de estados duráveis (saúde, doença) e de características específicas dos diversos estados de desenvolvimento do indivíduo. Desta maneira a pessoa se torna consciente da própria vida corpórea como um processo em desenvolvimento, portando à unidade as datidades mutáveis, no processo sintético de percepção. Edith Stein ressalta:

De resto, como fundamento da apreensão que percebe o curso de desenvolvimento – da percepção externa como aquela do corpo vivo – há a continuidade da vida vivida em modo originário, há o preenchimento da apreensão do processo vital como apreensão de um curso contínuo e não de uma série de condições que seguem uma após outra. Além disso, há um viver originário que colhe a passagem de um grau de desenvolvimento a outro, que dá direito à apreensão do desenvolvimento como processo unitário, mesmo se não for demonstrável para todos os graus do processo de desenvolvimento.¹⁴

Assim, é mostrada uma precisa conexão entre o fluxo de consciência e a vida corpórea que se manifesta a partir da análise do corpo vivo como corpo *senciente*. Viu-se que as sensações não podem ser consideradas separadamente do corpo vivo, ou melhor, podem ser distinguidas somente por via abstrativa. Na percepção concreta, elas são dadas juntamente ao corpo vivo, no modo da localização. Tal co-datidade é chamada “inerência”, termo que em fenomenologia expressa a relação de “se / então” do fenômeno em física. Se uma parte do meu corpo é tocada, então tenho também a apreensão do campo sensorial. O corpo nunca pode se manifestar puramente como “soma”, isto é, como uma “coisa pensante”,

¹³ Cf. *Introduzione*, op. cit., p. 240.

¹⁴ *Introduzione*, op. cit., p. 246.

como um invólucro – como Platão dizia – ao contrário, apresenta-se como vivente. Pode-se, então, afirmar que a sensorialidade do corpo vivo se constitui inteiramente como uma propriedade “condicional” ou “psicofísica”.¹⁵ Com a sensibilidade se constituem, então, todas as propriedades reais (enquanto se manifestam em relação a circunstâncias reais) que têm uma origem diversa daquela material.

O discurso se desloca inevitavelmente sobre o *vínculo* do corpo físico a um sujeito, e então a uma consciência, a ser entendida de maneira muito mais ampla do que a mera “inseparabilidade espacial”. As sensações “pertencem à consciência, cujo sujeito se coordena ao corpo a ele conexo”. Elas “formam uma parte da vida sensível desse sujeito, são uma parte material sobre a qual se funda a sua vida espiritual”.¹⁶ Para Stein, isso legitima a extensão das *sensibilidades* a qualidade perdurante não apenas do corpo vivente, mas também da alma,¹⁷ em presença da união entre corpo físico e vida da consciência: “Os estados corpóreos são, ao mesmo tempo, estados psíquicos e, se se refuta toda apercepção transcendente, os estados da consciência”.¹⁸ Considerando o cansaço, ele é ao mesmo tempo sentido a nível corpóreo e psíquico, permanecendo também sobre o “fundo consciencial” como dado imanente e revelando-nos, eventualmente, também uma “capacidade” da alma.

Isso não deve levar a pensar em uma absoluta indistinção entre as duas esferas do corpo e da psique, mas considerar a existência de um “estado comum” que manifesta a dependência que a psique tem de influências físicas do corpo, mostrando-nos também a presença de estados psíquicos não imediatamente coincidentes com os corpóreos. Há processos causais, tipicamente psíquicos, desencadeados por processos físico-corpóreos, que conferem tonalidade ao inteiro fluxo de vivências e também aos atos do espírito, pelos quais não se distingue, na apreensão, consiçãõ externa, efeito físico e percepção interna. Isso acontece em caso de ausência de efeitos corpóreos perceptíveis externamente. O estado psíquico, suscitado desde o externo, é apreendido como co-incidente com a sua mesma causa: “A percepção externa e a percepção do corpo aqui se unem não simplesmente como apreensão ‘do mesmo’ processo, que na sua inteireza é físico e corpóreo juntos; mas em uma apreensão unitária proveniente das duas, ‘conjugadas’, vem à datidade a unidade de um processo, no qual um acontecimento físico corpóreo se “transforma” em um puramente corpóreo (e então corpóreo-psíquico)”.¹⁹ Correspondentemente, a eventual atração (ou repulsão) que desde o externos provocou um estado psíquico é apreendido a nível imanente como qualidade do corpo vivo e não como característica do simples corpo físico.

A unidade real entre alma e corpo vivo, assim como emerge da análise das conexões psicofísicas, se manifesta não somente na medida em que o corpo é protagonista de um

¹⁵ Husserl explica essa *co-datidade psicofísica* assim: “Através desse estrato [de propriedades reais], [...] o corpo vivo material se enlaça com a psique; isso que pode ser apreendido como um estrato localizado do corpo vivo e, além do que pode ser apreendido como um quê de dependente do corpo vivo (em sentido pleno, no sentido pelo qual ele inclui já esse estrato), e dos ‘órgãos de sentido’, tudo isso sob o título de ‘matéria da consciência’, constitui um pano de fundo da consciência, e sofre uma apreensão realizante junto com esse, enquanto psique e enquanto eu psíquico. Esse eu, isto é, a psique, ‘tem’ um corpo vivo”. *Idee II*, op. cit., p. 159.

¹⁶ *Introduzione*, op. cit., p. 162. Remeto a importantes notas em que Husserl, no §39 de *Ideias II*, declara que “a inteira consciência de um homem está, de certo modo, ligada a seu corpo vivo através de sua base hilética” *Idee II*, op. cit., p. 155.

¹⁷ Il termine *anima*, *Seele*, all’interno del lessico steiniano risulta non univoco. Esso a volte è utilizzato come sinonimo di *psiche*, altre per indicare contemporaneamente *psiche e spirito*. Ciò non porta, tuttavia, ad un’ambiguità, poiché, nei casi in cui è necessario, la distinzione è operata in maniera chiara. Certamente esso non è mai usato come analogo di *io*.

¹⁸ *Introduzione*, op. cit., p. 246.

¹⁹ *Introduzione*, op. cit., p. 247-248.

processo iniciado desde o externo, mas também no fluir desde o interior para o exterior, conhecido como *expressão*. Ela é vivida de modo originário e pode ser apreendida seja na sua percepção interna que na externa, e se tornar eventualmente também o objeto da reflexão. Mesmo não sendo necessário que todas as possibilidades de apreensão sejam dadas ao mesmo tempo – como vimos nos outros casos – uma pode se completar em virtude da outra, encontrando preenchimento dos próprios componentes vazios.

Os processos expressivos, como os outros que envolvem o corpo, na medida em que interessa à esfera da liberdade, podem ser modificados, potenciados ou interrompidos pela vontade, mas eles, em seu fluir originário, derivam do viver imediato e involuntário e não podem se dar sem uma vivência correspondente. A ação voluntária sobre a expressão, portanto, não pode ser exercitada “no vazio”, mas sempre a partir do viver percebido, correspondendo diretamente à “descarga corpórea” para o exterior.²⁰ Assim, fica ainda mais em evidência que os processos corpóreos não podem ser cindidos da dimensão psíquica das vivências, nem mesmo quando atuam como base para a intervenção da ação livre.

3. O corpo vivo como organismo

A análise fenomenológica do mundo em que o corpo próprio se constitui *quoad nos*, isto é, do modo em que ele se dá à consciência, evidenciou uma excedência com relação a outras “coisalidades”, uma impossibilidade de apreendê-lo em modo exclusivamente unidirecional. Isso remete a um “a mais” que o conota como “vivo” e não simplesmente como “físico”. Essa co-pertença (ao mundo material e psíquico) que faz do *Leib* um elemento imprescindível para qualquer estudo que se refira ao ser humano, é evidenciada por Stein também a partir de outro “acesso”: o da filosofia tomista. As categorias aristotélicas de potência/ato, matéria/forma, úteis para investigações antropológicas, não desmentem os resultados atingidos pela análise fenomenológica, mas os co-validam e os enriquecem com ulteriores elementos que são de extremo interesse para o que aqui se quer demonstrar.

Os temas mais relevantes, nesse sentido, emergem particularmente do confronto com os *Diálogos metafísicos* de Hedwig Conrad-Martius, que servem para Stein aprofundar e ampliar os estudos sobre o ato e a potência, preliminares ao seu trabalho *Ser finito e ser eterno*.

A exigência de confrontar-se com o pensamento tomista, colocando-os no “círculo virtuoso” com os resultados da análise fenomenológica, remete à escolha de *um* ponto a partir do qual abrir a “ampla vastidão” em que se depara quando se dá ao trabalho de “filosofar”. Esse ponto fonte da filosofia de Tomás de Aquino é encontrado por Stein na ideia de *ser* e na correlata oposição de potência e ato²¹ correspondente à de matéria e forma. A dúplice dupla conceitual é utilizada com profunda perspicácia pela filósofa em suas análises sobre “o que é material” e “o que é espiritual”, colocando à luz as solicitações recíprocas entre as diversas esferas do ser e, ao mesmo tempo, reconhecendo autonomia ontológica também à dimensão estritamente potencial, portanto, material.

Tais estudos assumem toda sua relevância quando são levados à compreensão do sentido de “natureza humana” conduzida “em diálogo” com o pensamento de Conrad-Martius. A questão é anunciada assim:

²⁰ *Introduzione*, op. cit., p. 248.

²¹ STEIN, E. *Potenza e atto*. Tradução de A. Caputo, Prefácio de A. Ales Bello. Roma: Città Nuova, 2003. p. 55. De agora em diante, *Potenza e atto*.

A análise da matéria nos revelou o espírito e através da análise do espírito, novamente, fomos reconduzidos às formas materiais. As coisas com as quais lidamos na experiência são unidade de espírito e matéria, são matéria formada através do espírito. As coisas materiais portam em si, na sua “natureza”, algo de objetivo-espiritual. No ser humano temos a co-penetração entre o espírito pessoal e a matéria (no sentido usual da palavra). [...] Como o espírito na sua forma mais pura nos representa a pura atualidade e a matéria informe, a pura potencialidade, e se estamos autorizados a conceber a relação entre alma e corpo como uma relação entre forma e matéria ou entre ato e potência, a investigação sobre natureza humana deve, então, portar também a ulteriores elucidações dos conceitos de ato e potência.²²

Espírito e matéria, ato e potência, co-determinam o mundo em que estamos imersos e ao qual pertencemos. Stein desata o nó problemático de Conrad-Martius a propósito da constituição do vivente “desde baixo” e “desde o alto”,²³ evidenciando a “dignidade” ontológica do que provém “desde baixo”, excluindo uma assimilação do que esteja em baixo com o *nada absoluto*, que contrariaria a origem do *ser absoluto*. Isto é ainda mais válido em referência ao “vivente”: “A vida é certamente uma forma de ser, mas a vida das criaturas terrestres não é ser puro, mas diuturna passagem da potencialidade a atualidade, mas por uma potência que não é mera e vazia possibilidade”.²⁴ A “forma vivente” é *enteléquia* e entra em uma “substância”, isto é, em algo de já formado. A unidade da forma substancial, não discutida no interior da concepção aristotélico-tomista, exclui que tal “ingresso” seja pensável como uma sobreposição de substâncias. Deve-se falar, ao invés, de *transformação* que faz com que a matéria se torne viva ou que – vive-versa – retorne “morta”. O “antes” e o “depois”, todavia, não são indiferentes ao que acontece durante a “vida”. O corpo de um ser vivo nunca pode ser considerado simplesmente material ao qual a vida se junta. São partes dele, como as outras “matérias formadas”, mas sua articulação e seu ser “mantidos juntos”, sem possibilidade de divisão, obedecem a leis estruturais que regulam a forma, as mudanças temporais e as especificidades de gênero.

Uma estrutura que corresponde a tais características, na qual a forma vivente faz morada, é *organismo*:

A forma vivente, a “alma da vida” não dá somente a vida, mas, com ela, o ser. O organismo é o que é a cada vez qual corpo material também através do fato que é este organismo. Ser organismo significa construir-se como corpo vivo, no qual está também incluído o fato de construir-se como corpo material.²⁵

O conceito de organismo, junto ao de enteléquia, é crucial para compreender como o relacionamento entre forma e matéria no ser vivo se apresente em maneira totalmente diferente em relação à outras conformações naturais. Ele atua como “colocação em forma” a partir do interior, estendendo-se continuamente para além de si, através da introdução de substâncias que vêm a ser transformadas, feitas próprias e organizadas em referência a um *telos*, que representa a lei estrutural do organismo mesmo. Isso comporta, no interior da mesma espécie, uma relação forma/matéria sempre diferente de indivíduo para indivíduo, porque diversas são as substâncias introduzidas. Diferentemente de outras coisas materiais, cujo *ser* é o resultado da colocação em forma, para o organismo é justamente a colocação

²² *Potenza e atto*, op. cit., p. 237.

²³ Na concepção de natureza de Conrad-Martius, todos os entes são considerados como união de algo que vem “do alto” e algo que vem “de baixo”, respectivamente a forma e a matéria. A questão não esclarecida, na qual Stein se embate, é se a *matéria prima* deva ser considerada como absolutamente privada de determinações e então não *informada* “desde o alto”, isto é, pelo espírito.

²⁴ *Potenza e atto*, op. cit., p. 279.

²⁵ *Potenza e atto*, op. cit., p. 282.

em forma a constituir o *ser*: “eles, desde que se formem, são”.²⁶ Tal processo de formação, como já dito, não é casual, mas orientado em referência a um princípio de organização que torna uma determinada matéria disposta à recepção da forma vivente. Isso não deixa de ser influente sobre o plano da constituição do corpo vivo porque faz com que somente determinadas substâncias possam entrar a fazer parte dela.

O corpo vivo, por outro lado, representa a peculiaridade das configurações materiais “viventes” com relação às outras. Ela é explicada por Stein em termos de *animação*:

Assim que a animação tenha tido lugar, desde o primeiro momento da existência de um ser vivo, ele organiza a si mesmo, isto é, forma-se progressivamente como inteiro articulado. A organização é um processo finalístico, ela mira, de fato, a uma colocação em forma determinada do indivíduo, aquela colação em forma em que o indivíduo se manifesta completamente, em que a forma é puramente extrínseca; é por isso que a forma vivente merece o nome de *enteléquia*. Ela se faz extrínseca em movimentos que remetem às necessárias substâncias construtivas à transformação e ao ordenamento da matéria. O fim a que é dirigida a formação é um inteiro que se perpetua, na sua totalidade, como em cada parte, o modo de ser do princípio formativo, ou seja, a atividade vivente, finalística”.²⁷

O *proprium* do vivente, então, consiste em uma relação forma/matéria que não é mera persistência, mas acontecimento temporal, processo de formação que se protende sempre adiante dentro dos limites dados pelo *telos* daquela determinada configuração, que se explicita em uma “concentração” material individual, animada por uma *força vivente* por toda a duração da sua existência. Isso determina também uma específica conjugação da relação potência/ato. A enteléquia é potência enquanto não é atualidade realizada definitivamente, mas é ao mesmo tempo atual enquanto ser do inteiro. A sua potencialidade é, então, diferente daquela da pura matéria: “ela não é mera receptividade, mas ‘carga de atualidade’; é força, ‘energia potencial’ e a atualidade que está ligada a ela é ‘ativada’ se ela se torna ‘livre’.”²⁸

Também por essa via, então, as análises de Edith Stein mostram como o corpo vivo reluta a uma consideração puramente morfológica, fisiológica, à descrição somente exterior do momento, à compreensão isolada de suas datidades sensíveis.²⁹ Ele manifesta características próprias, fazendo com que seja percebido como um “mais” em relação a um puro corpo material. E é esse “mais” que deve ser entendido em seu escopo completo e sua carta de “sentido” para entender ser humano na sua essencialidade específica. A percepção “externa”, novamente reconduz ao reconhecimento de uma dimensão “interna” que, por um lado, *mantém junta e forma* o esterno, por outro, se apresenta como um *tender para além*, como *atividade, movimento* em direção ao interior e ao exterior. Tal “dimensão interna” constitui o que, em termos tomistas, é chamada de *alma*. Ela representa a *forma substancial* do “vivente”, define sua essência e o raio de sua atividade sobre um “material-potencial” ao qual confere atualidade, e é inseparável da *força vital* físico-psíquica que permite essa formação.

4. O corpo e a alma

A excedência do corpo vivo, enquanto corpo *animado e sensitivo*, remete, então, inevitavelmente à esfera psíquica que deve ser indagada na sua essencialidade específica

²⁶ *Potenza e atto*, op. cit., p. 309.

²⁷ *Potenza e atto*, op. cit., p. 310.

²⁸ *Potenza e atto*, op. cit., p. 284.

²⁹ Cf. STEIN, E. *La struttura della persona umana*. Tradução de M. D’Ambra com revisão de A. M. Pezzella e M. Paolinelli. Roma: Città Nuova, 2013. p. 71-77.

para clarificar também as interconexões com o âmbito material, por um lado, e o espiritual, por outro, na incansável exigência – por parte de Edith Stein – de percorrer o ser humano em todas as suas dimensões constitutivas. Em *Ser fino e ser eterno*³⁰ é reafirmada essa necessidade de modo eficaz:

O ser do homem é corpóreo vivo, animado e espiritual. [...] Mas o espírito do homem é condicionado desde o alto e desde baixo: está imerso na sua estrutura material, que ele anima e forma dando a ela a sua forma corpórea. A pessoa humana leva e engloba o seu corpo e a “sua” alma, mas ao mesmo tempo é levada e englobada nela. A sua vida espiritual se eleva de uma profundidade escura, como uma chama de vela acesa, mas que é alimentada por uma matéria que não tem esplendor por si mesma. [...] A inteira vida de consciência não se identifica com “meu ser”; assemelha-se à superfície iluminada de um abismo escuro, que se manifesta através dessa superfície. Se quisermos compreender o ser pessoa do homem devemos procurar penetrar nessa profundidade obscura.³¹

Come entender essa “profundidade obscura”? E em que sentido o espírito “penetra suas raízes em uma matéria que o alimenta? Como se ligam as diversas dimensões nessa dupla direção para o alto e para baixo?

Essas perguntas encontram uma primeira especificação justamente no que se refere ao corpo enquanto “vivo” e a suas relações com o que chamamos *alma*. Uma vez que a investigação sobre a constituição do *corpo próprio* evidenciou que ser *portador de sensações* é sua peculiaridade, “ponto zero” da orientação, “habitação” do eu, fonte de movimento a partir de um impulso interno, então é preciso interrogar-se sobre o que seja a *sensibilidade*, em quais sensações se articulam, que relações estabelecem entre *sentir* e *ser consciente*, como o mundo interior entra em diálogo com o mundo exterior, de que modo a vida íntima flui para o externo ao tender espontaneamente e na ação voluntária.

5. Do universal ao dual

As análises conduzidas pela filosofia ocidental identificaram principalmente uma estrutura comum a todos os seres humanos, estrutura que prescinde das situações históricas, sociais, culturais, nas quais o indivíduo está inserido e mesmo das conotações de gênero. Foi mérito do pensamento feminista descer do plano da universalidade ao plano pelo menos intermediário da diferença de gênero, e realizar análises ulteriores.³²

Para valorizar, o plano experiencial, aquele em que vivemos cotidianamente, no entanto, é necessário observar que as mulheres que encontramos – e também os homens – se apresentam em sua singularidade. De fato, nunca encontramos a mulher ou o homem em abstrato, mas sempre uma pessoa com suas características peculiares: este é um dado incontroverso de nossa experiência. Porém, quando se reflete sobre a diferença de gênero e, particularmente, sobre o feminino, até a linguagem nos leva a generalizar e, então, a falar da “mulher”, procurando os elementos característicos presentes em toda mulher.

Essa postura é privilegiada e considerada fundamental no âmbito da pesquisa chamada de filosófica, a qual tende a colocar em evidência estruturas universais, aquelas que, por outro lado, reconhecemos presentes quando, encontrando uma ou várias mulheres, dizemos que são mulheres. Mas, na verdade, o que “reconhecemos”? Vem ao nosso encontro, estrutura

³⁰ STEIN, E. *Essere finito e essere eterno*. Tradução de L. Vigone com revisão de revisão e Apresentação de A. Ales Bello. Roma: Città Nuova, 1999. De agora em diante, *Essere finito e essere eterno*.

³¹ *Essere finito ed essere eterno*, op. cit., p. 386-387.

³² Cf. *Tutta colpa di Eva*, op. cit., particularmente a Primeira Parte, O nascimento do feminismo, e a questão da *gender theory*.

física determinada, que já porta consigo e nos propõe um paradoxo: cada uma delas é única e irrepitível mas todas são mulheres.

Deve-se constatar que possuímos a capacidade de ir da singularidade à universalidade e vice-versa. Essa possibilidade, que nos é dada, apresenta grandes vantagens e grandes riscos: de fato, se pararmos na evidência da universalidade escapa-nos a singularidade e o plano experiencial – que o contato direto com o objeto nos dá – é negligenciado ou até mesmo ocultado; se, porém, nos detivermos à singularidade perderemos de vista os traços comuns, cujo exame pode ser válido para um melhor direcionamento teórico. O equilíbrio reside na capacidade de considerar os dois momentos em sua complementariedade e ineliminabilidade, que pode dar resultados fecundos ao “pensar a experiência”.

A singularidade é apreendida através da consciência de si e da entropatia para com um outro. Uso o termo entropatia para o substantivo alemão *Einfühlung*, porque o vocábulo empatia, que também serve para traduzi-lo, tem assumido uma conotação não fiel com a indicação dos fenomenólogos, particularmente de Edmund Husserl e Edith Stein, os primeiros a usarem em sentido filosófico para indicar o reconhecimento intuitivo da alteridade. Certamente tal reconhecimento pode ser a via para uma compreensão mais profunda do outro e estar próximo a ele; todavia, esta última atitude manifesta ulteriores modalidades do viver que envolvem a simpatia, a atenção, a benevolência, o amor: todos esses são momentos que podem ser *vividos* em concomitância, mas requerem, em primeiro lugar, o originário reconhecimento da alteridade e a nossa capacidade de ter vivências. São *Erlebnisse*, das quais Husserl fala indicando-as como instrumentos potencialmente possuídos por nós que nos colocam em contato conosco mesmos e com as coisas do mundo externo. E é a entropatia – como proposta pela escola fenomenológica, vivência através da qual reconhecemos o *alter ego*, semelhante a mim nas estruturas essenciais, mas único nas suas especificações pessoais – que permite que façamos o salto para a universalidade, enquanto se trata da intuitiva e imediata colocação em evidência do que é comum, ainda que na particularidade da experiência vivida dentro de uma irrepitível singularidade.

O impacto experiencial comigo mesmo e com o outro passa, em primeiro lugar, através da corporeidade.

Esse fato nos leva a analisar a corporeidade, da qual, portanto, não se pode prescindir, e sabemos que a cultura ocidental, através da abordagem científica, tem procurado penetrar na corporeidade mesma examinando-a em múltiplas perspectivas: as da fisiologia, anatomia e genética, colocando em evidência, assim, as características do corpo feminino e masculino, a que se articulam de modo particular em cada mulher e cada homem. Nessa base, como sabemos, a medicina atua identificando as alterações e realizando terapias. São justamente as terapias que estão tendo de lidar, às vezes de modo difícil e dramático, com a singularidade.

Certamente foi mérito do feminismo ter colocado em evidência a necessidade de distinguir a mulher do homem e de não se deter no neutro. Quanto a isso, duas questões se colocam: a primeira se refere ao fato de que a mulher ter, sim, uma particular configuração anatômica, mas que muitas de suas características ela as tem em comum com o homem; de fato, fala-se, em geral, de corpo humano, que vai além de especificações do feminino ou masculino. Essa constatação mesma nos leva à segunda questão: Se não se puder analisar a mulher sem levar em conta que é um ser humano, é preciso examinar correlativamente também o homem.

Já nesse primeiro estágio da investigação delinea-se uma hierarquia que pode ser percorrida de baixo para o alto, mas em todo caso indica a correlação dos dois momentos.

De fato, o ser humano é articulado em masculino e feminino e uma análise correta nos força a manter presentes ambos os aspectos.

Como teorizar tudo isso de um ponto de vista mais amplo que possamos definir filosófico? Justamente o exame do singular nos remete à universalidade do ser humano, mas novamente somos levados a descer à partição entre masculino e feminino, antes de chegar à singularidade. Na realidade, como acenamos acima, é possível percorrer também o caminho inverso, e, então, os dois caminhos são correlativos e circulares.

Tudo isso faz refletir sobre o fato que, se se quer fazer uma análise do ser humano, então, efetivar uma antropologia, esta última deve ser também uma *antropologia dual*. De fato, se é verdade que se pode indicar alguns elementos universais que distinguem, por exemplo, o ser humano do animal e vegetal, um necessário aprofundamento da estrutura humana nos conduz a apreender a dualidade como elemento importante e imprescindível da análise.

Esse tema foi enfrentado com nitidez teórica por Edith Stein que, tendo conhecido o movimento feminista ao frequentar a universidade, reflete sobre as bases filosóficas necessárias para uma séria colocação da questão.

6. Dualidade e sexualidade

A diferença entre homem e mulher passa, em primeiro lugar, pela corporeidade sexuada. Então é oportuno perguntar-se o que seja sexualidade. Acima já definimos corpo vivo como um corpo psicofísico e o ser humano como uma entidade complexa em que está presente também a dimensão do espírito. Se enfrentarmos a questão da sexualidade humana não podemos nos limitar a considerar o corpo do ponto de vista anatômico: é preciso levar em consideração o ser humano na sua totalidade.

Stein, nas conferências dedicadas à mulher e seu relacionamento com o homem – agora reunidas no livro *A mulher: questões e reflexões*³³ –, falou em uma espécie dupla que se articula em feminino e masculino, incluindo todos os componentes do humano. Nos nossos dias isso é expresso com o termo anglo-saxônico “gênero”. Seguindo a indicação aristotélica, Stein distingue gênero humano e espécie masculina e feminina, mas essas distinções agora estão distantes da mentalidade predominante na cultura ocidental contemporânea. O termo gênero substitui aquele que Stein chama de espécie, que para ela estava ligada ao sexo. Ela se refere a sexo masculino e a sexo feminino, sem nenhuma intenção redutiva, mas entendendo-os de modo amplo, assim como compreende todo o humano nas suas diferenças. Fica claro, então, que a sexualidade não se refere somente ao aspecto fisiológico mas envolve também as dimensões psíquica e espiritual.

Não separando componente humano algum, pode-se sustentar que a educação e a formação,³⁴ indispensáveis para a vida humana, contêm a “educação sexual”. Essa consiste na busca de equilíbrio entre os diversos aspectos constitutivos do homem e da mulher, certamente dando um espaço notável à capacidade humana de controle livre e motivado, que se gera no espírito, mas sem sub-valorizar a dimensão psíquica, caracterizada pelas

³³ STEIN, E. *La donna: questioni e riflessioni*. Tradução de O. Nobile com revisão de A. M. Pezzella e M. Paolinelli. Edição de A. Ales Bello e M. Paolinelli. Roma: Città Nuova, 2010.

³⁴ Educação e formação são muito agudamente distintas por Edith Stein em seus textos dedicados às questões pedagógicas agora reunidas em STEIN, E. *Formazione e sviluppo dell'individualità*. Tradução de A. M. Pezzella e A. Togni. Prefácio de A. Ales Bello. Roma: Città Nuova, 2017. A distinção consiste na função principalmente “informativa” da educação que deve ser completada por um projeto existencial que só a formação pode ajudar a elaborar.

tendências, impulsos, instintos, que – ela sustenta – acontecem em nós, isto é, não são provocados por nós, mas descobertos como presentes em nós mesmos.

Mesmo não podendo prescindir da complexidade do humano, é possível indagar analiticamente seus vários componentes e é também possível elaborar uma disciplina como a psicologia, a qual não pode prescindir de uma visão global do humano. Essa mensagem é encontrada nas obras husserlianas e também nas investigações steinianas³⁵.

7. Aspectos corpóreos e psíquicos das sexualidade

O mérito de Stein, como já dito, está em ter considerado não apenas o ser humano na sua universalidade – algo sempre legítimo – mas tê-lo estudado em sua articulação masculina e feminina. Trata-se, no fundo, ainda de uma universalização que, porém, não parte do “neutro” mas do “dual”. Ela indica, em primeiro lugar, as diferenças anatômicas presentes na identificação dos sexos, ainda que não se detenha sobre isso por não ser seu objetivo e deixa o campo para a anatomia. Se detém principalmente nos aspectos psíquicos, sobre tendências que caracterizam as distinções dos sexos. Uni-direcionalidade do masculino e completude do feminino representam as duas características fundamentais identificáveis no nível psíquico mas presentes também no nível anatômico e espiritual.

A unidirecionalidade masculina, que é facilmente identificável do ponto de vista anatômico, é encontrada também do ponto de vista psíquico porque se refere a uma tendência a concentrar-se em um elemento específico, a agir principalmente tendo uma meta em foco, excluindo tudo o mais. Com relação à abertura para outras direções, na realidade estamos diante de um “fechamento”. Stein atribui ao feminino a “completude”, termo que precisa ser bem entendido: trata-se de uma situação que se realiza ao final do movimento de abertura para o acolhimento e de fechamento em uma espécie de abraço. Então, um movimento envolvente de proteção, um movimento essencialmente “materno”.

O masculino fixa a atenção em um aspecto excluindo os outros, o feminino se alarga para apreender tudo. O feminino mostra, por isso, favorecer o humano na sua inteireza; o masculino, levar o humano às suas máximas prestações, ainda que precisando excluir.

O que Stein indica como postura de fundo da dualidade encontra uma confirmação nas análises da psicologia contemporânea.

8. Psicologia da diferença sexual

Esse argumento é muito estudado do ponto de vista das pesquisas psicológicas não apenas sobre o feminino mas também sobre o masculino. Aliás, esse último é importante, como Stein sustentava, para a compreensão recíproca das atitudes próprias dos dois sexos. Mesmo do ponto de vista da psicologia, os três níveis que foram indicados – o mais geral de masculino e feminino, o das mulheres e homens, e aquele da pessoa singular – são submetidos a análise; de fato, mesmo nesse caso inicia-se do mais universal para chegar à singularidade, que deveria ser o objeto específico da pesquisa, sobretudo porque a psicologia serve como base teórica para uma psicoterapia.

Que o feminino pode e deve ser o ponto de partida da investigação, graças à “completude” de que Stein fala, é evidenciado por algumas análises dedicadas especificamente ao masculino, ou melhor, aos homens: “ser homem” significa, no fundo,

³⁵ ALES BELLO, A. *Il senso dell'umano: Fenomenologia, Psicologia e Psicopatologia*. Roma: Castelvecchi, 2016.

um desvio da estrutura do humano que se configura, na vida intrauterina, primeiro como indiferenciada, mas quando se diferencia, é o masculino que assume uma direção diferente, enquanto que a feminina continua na via traçada.

Em estudos psicológicos apresentados no livro *Homens*, escrito por Edoardo Gusti e Lino Fusco,³⁶ esse desvio não é um fato sem consequências: determina uma verdadeira luta, muito exigente, por parte do masculino, devendo diferenciar-se do feminino presente em si mesmo, mas também do feminino representado pela mãe. Nasce, desse modo, um conflito com a mãe que pode ter êxitos positivos ou negativos, dependendo também da identificação ou não com o papel masculino do pai, com relação ao qual se deveria ter uma “contra-indicação” ou se correria o risco de prevalecer o momento feminino ou a ausência de gênero definido. No livro citado, fala-se de “ferida masculina”, entendendo com essa definição a emancipação da feminilidade externa e interna.

Enquanto a primeira emancipação é positiva, a segunda (deve ser bem compreendida) não se identifica como geralmente acontece com a repressão da esfera afetiva e emotiva mas, ao contrário, essa esfera deveria ser mantida presente e cultivada. Acontecendo assim, supera-se a alexitimia, muito difundida entre os homens, isto é, a incapacidade de expressar os sentimentos, mas também a agressividade e a violência como sinais da incapacidade de estabelecer relações que o envolvam intimamente e de reações femininas das quais quer se livrar (ao invés de aceitá-las e englobá-las em si).

Os autores apontam, assim como outros psicólogos também, que as diferenças entre masculino e feminino não são tão fortes a ponto de criar uma nítida separação: constata-se que é assim, mas não se apreende a razão de tudo isso. Edith Stein, de um ponto de vista filosófico e teológico indicou claramente a origem dessa proximidade: ela sustenta que na singularidade humana as duas essências, os dois tipos-ideais (se poderia dizer), se encontram ambos presentes em cada um de nós, ainda que com dosagens diversas. Ela distingue os traços essenciais da masculinidade e da feminilidade como estruturas que representam duas diversas configurações do humano, depois os homens e as mulheres tomados nas generalidades e, finalmente, os seres humanos singularmente considerados e concretamente existentes como prevalentemente masculino ou feminino.

Se trabalhamos sobre as diversidades de dosagem de masculino e feminino chegamos a compreender que as concretizações humanas podem distanciar-se notavelmente da essência e isso pode aclarar a gênese da homossexualidade, da transexualidade e da bissexualidade. É claro que tais situações podem ter uma gênese complexa que não exclui o medo do feminino e, respectivamente, do masculino, mabiabilidade do direcionamento sexual na adolescência e muitas outras causas nos casos de homossexualidade e bissexualidade, frequentemente são posturas psíquicas que não se formam em unísono com as tendências biológicas, como é evidente em casos de transexualidade. Todavia, não se deve excluir uma específica configuração da parte biológica do humano.

9. Da dualidade à singularidade

Na realidade, seria o caso de se mover desde a singularidade: como vimos, não existe somente o ser humano singular – a humanidade é composta por muitas individualidades consideradas humanas, justamente por terem algo em comum.

³⁶ GIUSTI, E. & FUSCO, L. *Uomini: Psicologia e Psicoterapia della maschilità*. Roma: Sovera, 2001.

Iniciamos indicando a tendência contemporânea no ocidente de eliminar sempre mais o nível teórico do que é essencial e universal para favorecer a singularidade; dando muita importância à sociedade entendida como impessoal com suas leis férreas, contraditoriamente, porque da sociedade derivam todos os preconceitos, e será preciso lutar para que a sociedade acolha as demandas que veem de baixo para que as faça próprias e mude sua estrutura graças aos indivíduos. Como se nota, não fica clara a relação entre singularidade e sociedade, mesmo porque se os indivíduos são completamente determinados por ela, como rebelar-se contra ela? Das duas, uma: ou são determinados e então não poderão se rebelar ou não são totalmente determinados e então o comportamento pode ser livre e podem ser responsáveis por si mesmos e subtrair-se às imposições externas.

Nas teorias mais recente que ficam sob a denominação de *gender theory* com suas pontas avançadas que se autodefinem *queer*, o valor atribuído à singularidade toca o seu ponto máximo na “liberdade” do indivíduo de escolher por si mesmo, de se tornar “gerador” de si mesmo, manipulador da esfera biológica a seu gosto, ainda que sustentando, ao mesmo tempo, que os seres humanos absorvem tudo da sociedade e, no caso específico, da sociedade patriarcal.

Poderia-se considerar que estamos diante de uma espécie de espiritualismo: o corpo insignificante, o significado é dado, porém, não pelo espírito mas pelas tendências e impulsos psíquicos.

Tudo isso não fica confinado no próprio arbítrio tomado como liberdade, mas ao mesmo tempo deve constituir uma norma “universal” (ainda que esse termo não seja usado), ou seja, ser admitido pela sociedade como critério regulativo. Nessa perspectiva, quem ainda está ligado a uma visão dual do humano é tido como submetido aos preconceitos da velha sociedade patriarcal. Podemos, emblematicamente, citar as posições assumidas por Judith Butler ³⁷, ainda que a história desse movimento seja mais longa e mais complexa.

Essas teorias tendem a usar os meios da democracia para incidir sobre a práxis social e política. Por essa razão, em grupos que se definem LGBT, mesmo não compartilhando totalmente as propostas *queer*, tenta-se “educar” as novas gerações nessa direção. E que lugar seria mais privilegiado que o da educação escolar? As batalhas que estão sendo travadas em alguns países europeus – entre quem resiste em posições a favor da dualidade e os opositores – demonstram uma situação sem dúvida difícil, da qual os menores e, então os mais frágeis, são as vítimas.

A contestação das normas ético-religiosas tem dado, sem dúvida, seus frutos, as bases mesmas da civilização ocidental parecem ameaçadas.

6. O corpo como “instrumento”?

Apontamos a complexidade e estratificação do ser humano. Certamente, a parte mais especificamente humana é a espiritual, como centro de orientação. Todavia, não é possível eliminar as outras dimensões – a psíquica e a corpórea, que têm uma consistência e um sentido próprio. As teorias contemporâneas sob o título de *gender theory*, como indicado acima, dão espaço ao tema da escolha e da decisão, o que aparentemente parece positivo. Mas, examinando atentamente essas tomadas de posição, nota-se que a escolha não segue critério algum, se fundamenta puramente no arbítrio, sobre impulsos momentâneos, sustentando que as regras até agora em vigor quanto a diferença sexual são devidas à

³⁷ BUTLER, J. *Fare e disfare il genere*. Tradução de F. Zappino. Milano: Mimesis, 2014.

sociedade patriarcal que oprime o indivíduo. A libertação estaria na invenção de novas regras absolutamente individuais e variáveis segundo as circunstâncias.³⁸

A antropologia que está na base dessas teorizações corresponde àquela que foi definida como sociedade “líquida” com a consequência de a corporeidade sexuada ser considerada plasmável segundo as disposições psíquicas do momento, e as diferenças anatômicas são consideradas banais e insignificantes.³⁹

A meu ver, a questão não se refere somente ao uso do corpo o da sexualidade, mas envolve a interpretação do ser humano enquanto tal, que precisa ser conduzida não em modo puramente abstrato, mas deve seguir o que sentimos e experimentamos, como os nossos fenomenólogos nos ensinam, os quais são capazes de passar da singularidade à dualidade e à universalidade e vice-versa. Há aspectos de variabilidade e alterações associadas às duas espécies, masculina e feminina, nos indivíduos humanos⁴⁰. E isso deve ser examinado com seriedade e respeito, mas não exclui a referência necessária aos dois momentos normativos que constituem a dualidade humana.

Isso é mostrado pela generalização que não pode prescindir do feminino e do masculino. Uma prova se encontra no fato que casais homossexuais masculinos devam recorrer a um ser humano feminino que se disponha a hospedar o nascituro. Mesmo admitindo, como algumas feministas esperam, que se construam úteros artificiais, os sêmens e óvulos mesmo devem ser masculinos e femininos. Ainda mais, admitindo que se consiga “criar” em laboratório o sêmen masculino e o óvulo feminino, deveriam ser sempre masculino e feminino. Considero que não se possa evitar a dualidade.

7. Um “paradoxo”, a guisa de conclusão

O verbo “criar” utilizado logo acima abre um capítulo muito amplo, porque trata-se sempre do desejo humano de “ser como Deus” que poderia desaguar numa dúplici postura: Por um lato, a tentativa de se substituir a Deus – em que, fundamentalmente, consiste o pecado original; pecado emblemático da relação profunda com o divino que é também conflitante. Por outro lado, o desejo de não abandonar o divino, aliás, de ser assimilado a Ele buscando nEle a salvação ultraterrena. que inconscientemente a *gender theory* e a *queer theory* não se retiram desse dilema: de fato, de um lado, se ignora o divino, que inconscientemente também se desafia; por outro lado, se elabora uma nova teologia buscando justificar a própria conduta moral envolvendo-o. A ponta extrema dessa teologia se encontra no livro de uma pensadora já falecida, Marcella Althus-Reid, *O Deus queer*⁴¹ que provocativamente usa argumentos geralmente definidos como pornográficos.

Tudo isso faz refletir sobre o estranho ser que é o ser humano. E se muitas vezes, na reflexão humana, em todas as culturas, essa estranheza é colocada em evidência, quer dizer que temos instrumentos para julgar a nós mesmos e teremos também a possibilidade de confrontar com o que não é “estranho”. Dissolver os conflitos, eliminar as tensões não é possível, mas examiná-las em si mesmos e reconhecê-las, e, uma vez reconhecidas, buscar o equilíbrio em nós mesmos, entre sexos/gêneros, com o divino, isso é possível.

³⁸ Muito sinteticamente, esta é a tese de fundo da *gender theory*. Cf. *Tutta colpa di Eva*, op. cit., Primeira Parte, Cap. II, Gênero/*gender* na antropologia contemporânea.

³⁹ DELPHI, Ch. *L'ennemi principal. Vol 2: Penser le genre*. Paris: Syllepse, 2004.

⁴⁰ A tese de Stein sobre a diferença entre a essência da dualidade humana e a “natureza” entendida como sua concretização singular parece-me muito oportuna para compreender essa variabilidade e as eventuais anomalias. Cf. *Tutta colpa di Eva*, op. cit., p. 77.

⁴¹ Cf. em *Tutta colpa di Eva* um breve trecho dedicado ao assunto: Cap. III, §2: *Gender* na teologia *queer*.

REFERÊNCIAS

- ALES BELLO, A. *Il senso dell'umano: Fenomenologia, Psicologia e Psicopatologia*. Roma: Castelvecchi, 2016.
- ALES BELLO, A. *Tutta colpa di Eva: Antropologia e religione dal femminismo alla gender theory*. Roma: Castelvecchi, 2017.
- BUTLER, J. *Fare e disfare il genere*. Tradução de F. Zappino. Milano: Mimesis, 2014.
- DELPHI, Ch. *L'ennemi principal. Vol 2: Penser le genre*. Paris: Syllepse, 2004.
- GIUSTI, E. & FUSCO, L. *Uomini: Psicologia e Psicoterapia della maschilità*. Roma: Sovera, 2001.
- HUSSERL, E. *Idee per una fenomenologia pura e una filosofia fenomenologica*. Vol. II. Tradução de V. Costa. Torino: Einaudi, 2002.
- STEIN, E. *Essere finito e essere eterno*. Tradução de L. Vigone com revisão de revisão e Apresentação de A. Ales Bello. Roma: Città Nuova, 1999.
- STEIN, E. *Introduzione alla filosofia*. 2a ed. Tradução de A. M. Pezzella, Prefácio de A. Ales Bello. Roma: Città Nuova, 2001.
- STEIN, E. *Potenza e atto*. Tradução de A. Caputo, Prefácio de A. Ales Bello. Roma: Città Nuova, 2003.
- STEIN, E. *La donna: Questioni e riflessioni*. Tradução de O. Nobile com revisão de A. M. Pezzella e M. Paolinelli. Edição de A. Ales Bello e M. Paolinelli. Roma: Città Nuova, 2010.
- STEIN, E. *La struttura della persona umana*. Tradução de M. D'Ambra com revisão de A. M. Pezzella e M. Paolinelli. Roma: Città Nuova, 2013.
- STEIN, E. *Formazione e sviluppo dell'individualità*. Tradução de A. M. Pezzella e A. Togni. Prefácio de A. Ales Bello. Roma: Città Nuova, 2017.
- STEIN, E. *Il problema dell'empatia*. Tradução de E. e E. Costantini. Prefácio de A. Ales Bello. Roma: Studium, 2017.

2. ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE A FENOMENOLOGIA E O MÉTODO FENOMENOLÓGICO NAS PESQUISAS EM PSICOLOGIA

Joelma Ana Gutiérrez Espíndula¹
Tommy Akira Goto²

Introdução

Este capítulo tem o intuito de refletir algumas questões sobre o uso do método fenomenológico de Edmund Husserl (1859-1938), na pesquisa em Psicologia. Discutiremos a utilização do método fenomenológico, concebido por Husserl, seguido pela discípula Edith Stein (1889-1942) e, atualmente, adaptado à pesquisa em Psicologia pelo psicólogo estadunidense Amedeo Giorgi. Também examinaremos a noção de intencionalidade e de vivências psíquicas, sendo esses elementos importantes nas pesquisas fenomenológicas do tipo “empírica”. A Fenomenologia tem possibilitado uma maior compreensão dos processos psicológico-subjetivos e oferece aportes teórico-metodológicos que definem o caráter universal das vivências psicológicas, considerando a singularidade, a individualidade e a comunidade para a ciência psicológica.

O tema que nos interessa, então, refere-se ao método fenomenológico aplicado em pesquisas empíricas da Psicologia. O interesse pelo assunto surgiu a partir de nossas experiências como pesquisadores e docentes na área da Psicologia, tanto na área da clínica psicológica, quanto da Saúde. Procuramos, aqui, abordar alguns questionamentos que sempre aparecem quando se pensa a relação da Fenomenologia com a Psicologia, perguntas como: *Qual é a principal e decisiva contribuição da Fenomenologia nas pesquisas empíricas em Psicologia? Quais são os procedimentos metodológicos que melhor se adequam ao campo do psicológico?*

Husserl (1900-1901/2007) apresentou, no prefácio de suas *Investigações Lógicas*, em 1900 e 1901, a razão pela qual passou da denominada “Psicologia descritiva” (investigar fenômenos psíquicos na experiência imanente) à Fenomenologia (subjetividade transcendental), quer seja a crítica ao psicologismo e ao naturalismo presentes nas Psicologias. No entanto, em sua primeira edição, ainda identificava a Fenomenologia como uma espécie de “psicologia descritiva”, porque, ao fazer sua análise e caracterização do conhecimento, não podia excluir as vivências psíquicas, mesmo sabendo de sua insuficiência como fundação psicológica da lógica e do conhecimento no geral. Nesse período, Husserl (1900-1901/2007) também analisou não somente a questão lógica pura, mas a consciência lógica, que vinha fundamentando todo o seu pensamento, na intenção de entender a ligação entre a lógica e a vivência lógica. A fundamentação psicológica, que se expressa a partir de leis empíricas da psicologia, não encontrou razão para se tornar evidente e universal na análise das vivências (consciência), pois, para Husserl, ela se mostrou incoerente chegar à subjetividade absoluta.

Husserl (1911/1965), em um artigo publicado em 1911, “A Filosofia como ciência de rigor”, apresentou seu posicionamento na Fenomenologia, explicitando como essa Filosofia se distingue da Psicologia, pois segundo o filósofo:

É de esperar de antemão que a Fenomenologia e a Psicologia devem estar próximas uma da outra, referindo-se ambas à consciência, embora de modos diversos e em ‘orientação’ diversa, podendo

¹ Docente-pesquisadora do curso de Psicologia/Centro de Educação e da Pós-Graduação em ciências da saúde (PROCISA) da Universidade Federal de Roraima. Email: espindula.joelma@ufr.br

² Docente-pesquisador da Pós-Graduação em Psicologia (PGPSI) e da Pós-Graduação em Filosofia (POSFIL) da Universidade Federal de Uberlândia. Email: tommy@ufu.br.

dizer-se que à Psicologia interessa a 'consciência empírica', (...) algo existente na continuidade da natureza, ao passo que à Fenomenologia interessa a 'consciência pura' (HUSSERL, 1911/1965, p.19).

Essa distinção se manterá durante toda a sua obra, pois em vários momentos são mantidas as vivências psíquicas como vivências importantes na constituição do conhecimento e dos fenômenos, mas não como vivências constituidoras, fundantes, tal como as vivências transcendentais. Todavia, essa aproximação e distanciamento entre a Fenomenologia e a Psicologia podem ser sintetizados ao menos em três momentos decisivos:

a) o primeiro momento (*pré-transcendental*): caracterizado pela crítica ao psicologismo lógico e a psicologia científica experimental;

b) um segundo momento (*transcendental*): caracterizado pela concepção de uma *Psicologia Fenomenológica*, mesmo que distinta e paralela à Fenomenologia Transcendental, essa psicologia fenomenológica “pretende ser o fundamento metódico sobre a qual pode, por princípio, erguer-se uma psicologia empírica cientificamente rigorosa. A demarcação desta fenomenologia psicológica rodeada do pensamento natural seja talvez conveniente como introdução propedêutica para elevarmos a compreensão da fenomenologia filosófica” (HUSSERL, 1927/1990, p.59);

c) e, por fim, um terceiro momento (*pós-transcendental*): caracterizado pela identificação da Psicologia Fenomenológica à Fenomenologia Transcendental, ou seja, pela transformação radical da ciência psicológica em uma “Psicologia Transcendental”, como afirma Husserl em seus últimos escritos: “o resultado surpreendente da noda investigação pode também, como parece, ser assim expresso: não existe uma psicologia pura como ciência positiva [...]. Só existe uma psicologia transcendental, que é idêntica à filosofia transcendental” (HUSSERL, 1954/2012, p. 208).

É possível, então, compreender que não é um assunto simples e acabado pensar as possibilidades da Fenomenologia (ou do método fenomenológico) como recurso metodológico na Psicologia e que, antes de mais nada, é preciso entender os aspectos e fundamentos da Fenomenologia e sua relação com a Psicologia, desenvolvidos por Husserl, Edith Stein e, posteriormente, por Amedeo Giorgi. Assim, nossa exposição está organizada em quatro seções: na primeira, contextualizamos os elementos principais da Fenomenologia de Husserl e Stein; na segunda sessão, distinguiremos Fenomenologia e Psicologia; na terceira sessão, explicitaremos uma possível contribuição da aplicação da Fenomenologia no campo psicológico-empírico nas pesquisas em Psicologia Clínica e da Saúde, tendo como ponto de partida a fenomenologia-empírica de Amedeo Giorgi.

Elementos para uma Fenomenologia: breve apresentação

Em primeiro lugar, é essencial descrever aqui os conceitos dos princípios constitutivos do método fenomenológico, elaborado por Edmund Husserl (1900-1901/2007), que considera, para qualquer investigação, a necessidade de se “retornar às coisas mesmas”, de maneira absolutamente pura, livre de qualquer pressuposto teórico. Para o melhor entendimento desse método, iremos seguir o caminho que Husserl fez desde o entendimento da Fenomenologia como ciência do fenômeno, como ciência do rigor, como analítica intencional, e, por fim, como método (eidético e transcendental); cada um desses entendimentos com suas especificidades e indagações (ALES BELLO, 2017; AMATUZZI, 2009; FEIJOO; GOTO, 2016; GOTO, 2015; HOLANDA, 2014; MAHFOUD; MASSIMI, 2013; MELO, 2016).

A etimologia de *fenomenologia* deriva de duas palavras gregas, *phaenomenon* (fenômeno), que quer dizer aparecer ou se mostrar; e *logos* (razão), que significa discurso, análise (no sentido de descrição) racional. O termo *fenômeno* se refere a tudo “àquilo que aparece” e que “aparece” a nós; isso significa que os fenômenos surgem frente à consciência, como algo absoluto, puro e real, não sendo uma coisa (*Ding*), nem um sentido objetivo e também não uma mera aparência. Assim, a *fenomenologia* passa a ser entendida como a descrição racional dos fenômenos, ou seja, de tudo que se manifesta. Outra definição possível está no seu sentido filosófico que entende a Fenomenologia como a “ciência” daquilo que se mostra em absoluto, ou seja, a “coisa mesma” enquanto apresentada à consciência. A sua, então, denominação como “ciência dos fenômenos”, quer dizer, uma ciência que investiga e analisa tudo aquilo que se mostra à consciência em todas as significações que se é capaz de se ter (HUSSERL, 1913/2006; ALES BELLO, 2017; 2016).

Nesse sentido, a *fenomenologia* lida com vivências, com experiências, pois nelas é que o *fenômeno* aparece sendo sempre um correlato dessa vivência. Logo, toda *consciência* é vista como “consciência de algo”, ou seja, não há objeto sem sujeito e nem sujeito sem objeto. Esta correlação (*a priori* da correlação) é inseparável, pois é a correlação consciência-mundo que temos a *intencionalidade* do sujeito para o objeto. Para Husserl o:

(...) irromper inicial deste *a priori* universal da correlação do objeto da experiência e das maneiras de dação (cerca do ano de 1889, durante a elaboração das minhas “Investigações Lógicas”), perturbou-me tão profundamente que o trabalho inteiro da minha vida foi desde então dominado por esta tarefa de uma elaboração sistemática deste *a priori* da correlação (HUSSERL, 1954/2012, p.136).

É por meio do estudo dos fenômenos que a fenomenologia, como ciência pura, pretende atingir os conhecimentos essenciais das coisas, e, principalmente, de como conhecemos (ALES BELLO, 2004, 2006; GOTO, 2015). Ales Bello (1998) nos lembra que, para Husserl, a tarefa da Fenomenologia é alcançar o “princípio de todos os princípios” e isso significa que apenas se deve aceitar o que se é oferecido dentro dos seus limites, ou seja, avaliar as perguntas e os acontecimentos, de maneira que se mostram a si mesmo, sem julgamentos prévios (ESPÍNDULA, 2009).

Com essa descoberta, Husserl chega a sua elaboração de “consciência intencional”, entendendo que toda consciência é sempre “consciência de algo”, ou seja, que todo pensar é sempre ‘pensar em algo’, todo perceber é “perceber algo” e, assim por diante. E, que correlativamente, toda coisa só pode se mostrar como “coisa pensada”, “coisa percebida”. Devemos ressaltar que o conceito de *intencionalidade* foi uma descoberta de Franz Brentano (1838-1917) – professor e amigo pessoal de Husserl – sendo por ele considerado como a natureza própria do psiquismo. Husserl deu continuidade a ideia geral de intencionalidade, porém, de modo distinto de Brentano, modificou-a com a Fenomenologia.

Em verdade, evidenciou que a *consciência intencional* é uma consciência constituída por uma multiplicidade de atos intencionais e que cada modo de consciência tem seus objetos (fenômenos) e vice-versa. Com essa noção de *intencionalidade*, não é possível mais nos referimos ao fenômeno como algo apenas mental, como faz a Psicologia, embora o objetivo ainda consista em investigar a consciência humana. Ela

é sempre consciência de qualquer coisa, independentemente do tipo de acto que a consciência estabelece. Esta visa sempre um objeto, caso se trate de uma percepção, de uma fantasia, de um sentimento, de uma recordação ou de uma alucinação. A consciência está, permanentemente, projectada para fora de si mesma - dirigida a um objeto (GIORGI; SOUSA, 2010, p.33).

Husserl (1900-1901/2007), em suas *Investigações*, descreve a *consciência* em vários sentidos: como unidade de vivências (fluxo de vivências); como percepção interna das vivências (o ser-consciente) e, por fim, como vivência intencional. Todavia, é imprescindível ressaltarmos que o sentido fenomenológico de vivência não significa viver no sentido da experiência, pois como observou o filósofo: "(...) o nosso conceito de vivência [fenomenológico] não está em consonância com o popular", como um "complexo de acontecimentos externos, e o viver de percepções, ajuizamentos e outros atos, nos quais esses acontecimentos se tornam uma aparição objetiva e, frequentemente, objetos de certo ato de posição referido ao eu empírico" (HUSSERL, 1900-1901/2007, p.383).

Isso significa que, se olharmos atentamente para aquilo estamos vivenciando, temos a imediata constatação de estarmos conscientes e de estarmos vivenciando as coisas como estamos percebendo, sentindo ou tocando algo. Isso quer dizer: damos conta daquilo que vivemos. Stein, citada por Ales Bello (2006), descreve a *consciência* como "uma luz interior que acompanha todos os atos". Nesse sentido, Giorgi; Sousa (2010) ressaltam que a contribuição da análise fenomenológica da *consciência* nos possibilita compreender o objeto e a sua relação com a subjetividade, a partir dos atos de consciência que se dirige a esse mesmo objeto, pois o conceito de *intencionalidade* implica que:

Objeto intencional, não pode ser analisado, corretamente, sem o seu correlativo subjetivo, o ato de consciência intencional. Um não pode ser estudado, analisado, sem o outro. A investigação fenomenológica implica considerar, por exemplo, numa percepção, o ato subjetivo intencional - o de perceber - e o objecto a que o acto de consciência de perceber se dirigiu, no caso, este texto que estou agora a ler, o objecto *enquanto* percebido. Nem o objecto intencional, nem o acto intencional podem ser compreendidos separadamente (GIORGI; SOUSA, 2010, p. 41).

Assim, mesmo mantendo o entendimento que a consciência (psíquica) tem elementos *reais (fatos)* e que estão imbricados em um registro empírico, ao mesmo tempo, a Fenomenologia explora os elementos *irreais (essenciais)* que, com a sua dimensão de sentido, extrapolam a contingência empírica, espacial e temporal (HUSSERL, 1913/2006). O filósofo afirma que para a Fenomenologia "a consciência surge, ora como consciência absoluta, ora, no correlato, como consciência psicológica, inserida agora no mundo natural" (HUSSERL, 1913/2016, p.166). Por isso, Husserl promoveu a distinção epistemológica entre a Psicologia e a Fenomenologia, principalmente no que se refere ao esclarecimento do conhecimento da subjetividade pura, porque nesse campo existe "um conflito entre as exigências de interioridade racional pura, e as exigências de uma psicologia considerada como ciência da determinação exterior das condutas do homem" (MERLEAU-PONTY, 1973, p.30).

Para a superação dessa e de outras questões, Husserl elaborou um método rigoroso capaz de alcançar os fenômenos e a consciência em seu sentido absoluto, que o denominou de "método fenomenológico", cujo princípio fundamental está em re-conduzir a nossa atenção às "coisas mesmas". Em termos gerais, isso significa que devemos dirigir nossa atenção diretamente aos fenômenos, ou seja, a tudo aquilo que aparece imediatamente à consciência, uma "*epoché*" universal, deixando de lado ou "fora de circulação" às teorias ou conceitos teóricos, durante esse processo analítico-metodológico. Isso quer dizer colocar:

Entre parênteses tudo o que é por ela abrangido no aspecto ôntico: isto é, todo este mundo natural que está constantemente 'para nós aí', 'a nosso dispor' e que continuará sempre aí como 'efetividade' para a consciência, mesmo quando nos aprouver colocá-la entre parênteses (HUSSERL, 1913/2006, p.81).

Em síntese, esse método se compõe de duas etapas principais: a redução eidética e a redução transcendental. Ales Bello (2004a; 2006) caracteriza essas etapas como duas “paradas” ou como também é apresentado por Mondin (1985, p.185, *apud* Espíndula, 2009): por uma fase negativa e outra positiva; porém, as etapas que advêm necessariamente da “epoché”, ou seja,

a distinção entre os dois momentos se deve à função diversa que a *epoché* exerce neles. Na redução eidética, a *epoché* diz respeito à suspensão do juízo sobre a existência do objeto real, a fim de examinar apenas as representações. Na redução transcendental, a *epoché* concerne à suspensão do juízo sobre qualquer conteúdo do conhecimento, para concentrar toda a atenção na consciência pura (MONDIN, 1985, p.185).

A distinção entre os dois momentos, duas etapas, se deve à função diversa que a *epoché* exerce neles. Na redução eidética, a *epoché* diz respeito à suspensão do juízo sobre a existência do objeto real, a fim de examinar apenas as representações. Na redução transcendental, a *epoché* concerne à suspensão do juízo sobre qualquer conteúdo do conhecimento, para concentrar toda a atenção na consciência pura (MONDIN, 1985, *apud* ESPÍNDULA, 2009). Mondin (1985) ainda afirma que o momento da *redução eidética* (fase negativa) consiste em “colocar entre parênteses (*epoché*) tanto os aspectos psicológicos quanto a matéria do conhecimento” (p. 185), para se analisarem apenas as representações enquanto representações. Enquanto a *redução transcendental* (ou fase positiva), a fenomenologia é “utilizada ao estudo do conhecimento, esvaziando-se este de qualquer conteúdo, de qualquer objeto conhecido ou desejado. Não se trata mais do exame daquilo que sinto, conheço, vejo ou quero, mas do eu que conhece, sente, quer” (p.185). Esta última visa a considerar a coisa mesma, adentrar e fazer com que ela se mostre em toda a sua realidade.

Assim, podemos dizer que, para a condução das reduções, a preocupação metodológico-fenomenológica está em conduzir a investigação para “fora de ação a tese geral inerente à essência da orientação natural” (HUSSERL, 1913/2016), tendo assim a possibilidade de descrever as vivências (fluxo de vivências) livremente, ultrapassando a percepção interna das vivências (o ser-consciente), ou seja, descrevê-la como vivência intencional (FEIJOO; GOTO, 2016).

O objetivo do método fenomenológico é alcançar a evidência, a certeza absoluta de algo. Mas, *como chegar à evidência?* Para Husserl, o meio de se alcançar a evidência é pela *intuição*, isto é, a capacidade intelectual que o ser humano tem para conhecer certos princípios fundamentais de modo imediato, sem intermediários de tipo demonstrativo ou teórico (representações). Edith Stein nos lembra que, se quisermos chegar “as coisas mesmas”, devemos nos “acercarmo-nos das coisas com um olhar livre de preconceitos e poder absorver-nos da intuição imediata” (STEIN, 2003, p. 33). Assim, a intuição ou a “visão espiritual”, como denomina Stein (2003), é um ato puramente imanente da consciência que, dirigindo-se para a coisa nela mesma, doa-se uma unidade de sentido, ou seja, a essência. Ales Bello (2004) assinala que, ao invés de utilizar o termo sentido, se utilizará a palavra “essência”. Essência é uma palavra antiga, que vem da língua latina e que corresponde ao termo grego *eidos*, de onde deriva a palavra ideia, e em alemão *WesenedEssenz*.

Para Husserl (1913/2006), a “essência” (ou *Eidos*) significa tudo aquilo que pode encontrar no ser-próprio de algo, como o que ele é, mas que cada um desses ‘o quê’ ele é, seja ‘posto em ideia’. É interessante explicitar que no primeiro tomo de sua obra *Ideias para uma Fenomenologia Pura e uma Filosofia Fenomenológica*, publicada em 1913, Husserl faz uma distinção importante entre “fatos” e “essências”, afirmando que “cada objeto

individual tem uma composição eidética como sua essência, assim como, inversamente, a cada essência correspondem indivíduos possíveis que seriam suas singularizações fáticas” (HUSSERL, 1913/2016, p.42). Para se chegar a essência, ou sua “composição eidética”, devemos partir de uma “visão” direta às próprias coisas, ou seja, da intuição/percepção, porque, para a Fenomenologia, devemos partir de um “começo bom”, o que é originariamente (*Originär*) dado. É dessa maneira que poderemos ter a garantia, evidência (*Urevidenz*) daquilo que se mostra.

Como compreendemos o sentido das coisas? Como vimos, é uma possibilidade de todo ser humano intuir o sentido das coisas. Ales Bello (2004) diz que Husserl, ao aplicar este método, conseguiu apresentar de forma clara que o conhecimento tem caráter essencialmente *intencional*. Ao fazer a análise da subjetividade, a filosofia e as ciências têm captado somente uma parte limitada dela, por isso é necessário voltar e recomeçar, sempre do início, e buscar a essência da subjetividade. Só é possível apreender, captar algo por meio do *eidós*, de onde parte a ideia que temos da coisa. Então, a *essência* será tratada, aqui, como uma unidade subjetiva de sentido, sendo constituinte do objeto mesmo no seu conteúdo real. Husserl (1913/2016) ressalta a objetividade da coisa nela mesma, em seu sentido lógico *transcendental* e não lógico formal ou psicológico. Nesse sentido, ele se mostrou contra o psicologismo e o empirismo, ambas baseadas no naturalismo (ALES BELLO, 2004; 2016; CAPALBO, 2005; ESPÍNDULA, 2009; STEIN, 2000).

Husserl (1913/2016) nos mostrou como estava sendo difundida na sua cultura a tendência de psicologizar o que era eidético. Ao se analisar as ideias, as essências estavam sendo entendidas como as construções e aquisições psíquicas, fazendo referências às operações da consciência, obtendo-se conceitos de figura, cor, etc., e atribuindo à consciência, aquilo que é real, ou seja, aquilo que é transcendente por princípio. Husserl com o método fenomenológico pôde se livrar da inclinação à psicologização da essência, assim, deu um novo e grande passo no entendimento das essências. De uma parte, estão às essências da própria consciência e de outra, as essências de ocorrências individuais transcendentais à consciência, ou seja, essências daquilo que apenas se “anuncia” nas configurações da consciência, por exemplo, as aparições sensíveis da consciência (ALES BELLO, 2004; 2005; 2016).

O investigador deve então descrever o campo da *consciência* a partir da *intuição* pura, excluindo o circuito da existência (no primeiro momento), para poder estar seguro da legitimidade da norma que pretende seguir como fenomenólogo; não fazendo uso de nada que não seja aquilo que possa tornar eideticamente evidente para si na própria consciência, em pura imanência. Essa investigação é uma das grandes contribuições da Fenomenologia para Psicologia, porque possibilita a ela conhecer o ser humano, em especial o psíquico humano, ancorado à sua vivência no mundo-da-vida, isto é, demasiado adjacente à sua experiência. Giorgi; Sousa (2010, p. 52) citam Merleau-Ponty ao dizer que as essências de Husserl “devem trazer consigo todas as relações vivas da experiência, assim como a rede traz do fundo do mar os peixes e as algas palpitantes”.

Fenomenologia e a Psicologia: a Psicologia Fenomenológica

Os psicólogos sempre têm manifestado interesses pela Fenomenologia, porque essa filosofia tem auxiliado a solucionar os problemas epistemológicos que as ciências humanas,

principalmente aquelas de base positivistas e naturalistas, possuem no seu interior conceitual e metodológico, na consideração da subjetividade humana. Em uma conferência realizada em Praga, em 1935, Husserl se referiu às questões essenciais do ser humano, que estavam sendo desconsideradas pela ciência, como o sentido da vida, o mundo, o valor da existência, a corporeidade, a história e a vida. Na “urgência de nossa vida – afirma Husserl (1954/2012, p. 03) – esta ciência nada nos tem a dizer. Ela exclui, de um modo principal, justamente as questões que, para os homens do nosso tempo “desafortunado”; as ciências positivistas têm “decapitado” a subjetividade (ESPÍNDULA, 2009).

O fenomenólogo identificou a insuficiência das ciências positivas em abranger os fenômenos que iam além da ordem do mundo objetivo físico-natural, tais como do espírito (*Geist*) ou da consciência anímica ou alma (*Seele*). Um exemplo disso foi, para a ciência Psicologia, o surgimento de uma disciplina fundamental no conjunto das ciências, mas que a ciência natural não foi capaz de encontrar a natureza mesma dos fenômenos psíquicos, reduzindo a *psique* a partir de seus conteúdos naturais (GOTO, 2015). A visão das ciências modernas era positivista e, frente a essa redução objetivista da ciência, foi eliminada toda a subjetividade, da consciência na sua interioridade, que abriga e oculta os estados psíquicos (, ALES BELLO, 2016;; DARTIGUES, 1992;GIORGI, SOUSA, 2010). As indagações desses problemas sobre a subjetividade, filosófica e científica, começaram por volta do século XIX e início do século XX.

Na acepção de Husserl (1954/2012), as ciências vivem uma crise, que não se refere à questão de sua cientificidade, por não abarcar a questão do sentido da existência humana. O fenomenólogo exemplifica essa questão com a Psicologia, porque, diz ele, “fracassou, (...) já na sua fundação originária como psicologia de uma nova espécie, ao lado da ciência da natureza moderna, negligenciou questionar o único sentido genuíno da tarefa que lhe é essencial como ciência universal do ser psíquico” (HUSSERL, 1954/2012, p. 165). Nesse mesmo período ocorreu uma manifestação de algumas áreas da Psicologia e Filosofia contra as ciências da natureza e o positivismo, apresentando considerações diversas dirigidas à consciência e à subjetividade humana (razão), porém com métodos e orientações voltados para as novas questões metafísicas de construção do conhecimento.

Husserl (1954/2012) advertiu que seu diagnóstico sobre a denominada “crise das ciências europeias” era diferente da “crise” da Psicologia científica, sendo que a primeira ocorreu pelo fato de que o problema não estaria na realidade científica, mas na fundamentação que este tem com o ser humano, quer dizer, com as “ciências de fatos, homens de fatos”. A segunda, a crise na Psicologia, estaria em sua redução objetivista, pois a impossibilitou de captar o psíquico em seu sentido amplo. O ser humano, segundo Husserl (1954/2012, p. 165), apresenta diversos aspectos, não apenas físicos, porque possui “uma vida cuja atividade possui fins, que cria formas espirituais: vida criadora de cultura, em sentido mais amplo, numa unidade histórica”.

A história da Psicologia durante muito tempo esteve vinculada a história da própria Filosofia, mas foi no início da Filosofia Moderna que se manifestou a possibilidade de um projeto de Psicologia científica, o que, posteriormente, levou-a se emancipar em relação à Filosofia. Goto (2015) menciona que a Psicologia originária surgiu motivada especificamente pelo “cuidado da alma” e, na modernidade, passou a querer compreender os fenômenos psicológicos por meio de conhecimentos teóricos sólidos.

Diferentemente dessas Psicologias, Husserl (2012) propôs uma nova Psicologia, chamada “Psicologia Fenomenológica”, cujo objetivo é descrever a vida psíquica por ela mesma. Trata-se de uma ciência da intencionalidade, por descrever as vivências psíquicas intencionais, suas estruturas sintéticas e universais. Essa Psicologia tem que reformular as psicologias empíricas e científicas, a partir do método fenomenológico, porque quanto mais se investiga a pessoa objetivamente pelo método científico, mais nos distanciamos do intuito de chegar a uma autêntica psicologia humana. Jamais conseguiremos fazê-la sem reconhecer todas as dimensões humanas na sua concretude.

Nessa questão, Ales Bello (2004; 2006) faz uma consideração significativa, ao afirmar que a filosofia fenomenológica não trata somente da análise sobre o valor da ciência da natureza e de seu redimensionamento da pretensão da representação de uma consciência absoluta, mas de apreender o significado pessoal e a tomada de posição da ciência do espírito. A Psicologia deve assim compreender os aspectos essenciais do ser humano na sua singularidade e na sua dimensão social e cultural. Mesmo, atualmente, ao fazer suas pesquisas, a Psicologia ainda oscila entre o uniformismo do modelo da ciência físico-matemática e os diversos métodos qualitativos, principalmente aqueles que consideram a via humanística e existencial.

Devemos lembrar que a Fenomenologia e a Psicologia se apropriam do mesmo projeto de fundamentar e esclarecer a subjetividade do indivíduo, ou seja, descrever a genuína vida interior e a sua correlação com a exterior, de acordo com os níveis fenomenológicos. Nesse propósito, surgiu a “Fenomenologia transcendental” e a “Psicologia Fenomenológica”, porque assim Husserl pôde encontrar a possibilidade de relações entre a subjetividade e a objetividade, evitando o rompimento indivíduo-objeto, e entre mundo teórico e mundo vivido (GOTO, 2015). No entanto, a Fenomenologia não apenas possibilitou à Psicologia uma disciplina própria, mas também um método para ultrapassar o plano empírico-objetivista.

A Psicologia é uma ciência reconhecida, com seu valor próprio e a sua função no mundo, mesmo sendo ainda uma disciplina jovem. A Psicologia está sempre aprimorando o conhecimento da pessoa em sua totalidade e peculiaridade. O debate entre a Fenomenologia e a Psicologia também ainda é jovem. No Brasil, alguns estudiosos da relação entre a Psicologia e Fenomenologia têm mostrado a importância da contribuição dessa última que nos fornece as condições rigorosas de colocar as perguntas essenciais da vida psíquica e dar respostas seguras. Dessa maneira, enquanto fenomenológica, a Psicologia permite na análise do ser humano a manifestação das questões sobre o sentido da existência.

Algumas considerações sobre a aplicação do método fenomenológico-empírica para pesquisas qualitativas em Psicologia

Atualmente, temos uma diversidade de “métodos qualitativos” e é possível verificarmos que, no contexto das ciências humanas e sociais, há uma confusão de terminologias, quanto à metodologia e os recursos aplicados, que, muitas vezes, não estão de acordo com o referencial teórico ou epistemológico. Nem sempre está presente uma reflexão crítica sobre o nível epistemológico e os diversos planos mencionados e as técnicas sobre a perspectiva seguida pelo investigador (GIORGI; SOUSA, 2010).

A adoção de um método de modo “cego”, ou seja, sem o conhecimento próprio de sua base conceitual, apenas atendendo os interesses da própria investigação, faz com que se elejam métodos inadequados, comprimindo algumas técnicas de investigação a pressupostos teóricos conflitantes com a *praxis* da investigação. Isso pode gerar contradições internas de pesquisas que resultarão em prejuízo para os resultados finais (GIORGI; SOUSA, 2010). Também a escolha de um método, a partir de compromissos teóricos, pode impossibilitar o conhecimento da diversidade constitutiva dos fenômenos pesquisados.

As concepções epistemológicas, por sua vez, assentam em visões ontológicas, que se interrogam sobre como podemos conhecer o ser dos entes. No fundo, a questão ontológica coloca-nos perante o mistério da realidade, o que é e como a poderemos conhecer. O que se pretende realçar, no entanto, é a importância de fomentar um conhecimento adequado sobre os debates inerentes à filosofia da ciência (GIORGI; SOUSA, 2010, p. 21).

Por isso, uma investigação necessitará encontrar, dentro da sua tradição e enquadramentos teóricos, quais são as pressuposições que permitem estabelecer critérios de rigor e avaliação dos resultados e procedimentos das investigações. Essa é a proposta de uma “pesquisa fenomenológico-empírica”, concebida e apresentada por Amedeo Giorgi, durante os anos 70 e 80 do século 20, em seu Programa do Departamento de Psicologia da Universidade de *Duquesne*. O objetivo da criação desse método concebido como “qualitativo” era se afastar de uma visão naturalista da consciência humana e poder apreender as estruturas vividas da consciência. Para isso, deveríamos partir da análise das narrativas dos colaboradores e de uma conseqüente análise fenomenológica da consciência intencional (GIORGI; FISCHER; MURRAY, 1975). Para o desenvolvimento de uma pesquisa psicológica empírica, do tipo qualitativo-fenomenológica, aquilo que é vivido de modo psíquico (real), assim como alguns elementos vistos na Fenomenologia de Husserl e de Merleau-Ponty são imprescindíveis, mas devem ser operacionalizados de modo diverso que a Filosofia.

A Fenomenologia no campo da Psicologia busca captar, a partir das experiências, os significados das vivências para a pessoa, em determinadas circunstâncias, por ela vivenciada em seu existir cotidiano, através da redução fenomenológica. A proposta de “pesquisa fenomenológico-empírica” permite, por meio da narrativa dos sujeitos, emergirem os elementos significativos da experiência, sem nenhum tipo de definição prévia por parte do pesquisador, o que permite manter-se o mais autêntico possível ao fenômeno investigado. Desse modo, não há uma hipótese, mas um problema a ser analisado e compreendido, lembrando que Husserl dizia que o ponto de partida eram os problemas e não as concepções (GIORGI; SOUSA, 2010; FEIJOO; GOTO, 2010; GOTO; COSTA; SCHIEVANO, 2019).

A preocupação da pesquisa fenomenológica visa descrever o fenômeno e não explicá-lo; devemos compreendê-lo e não buscar relações causais. Dessa maneira, a pesquisa fenomenológica trabalha a partir de dados empíricos (experenciais) e por meio da análise dos relatos dos sujeitos, averiguando os elementos do significado que permitirão acessar a estrutura do vivido (MARTINS; BICUDO, 2005; ESPÍNDULA; FERREIRA, 2017; HOLANDA, 2014).

Para alcançar esses significados, Giorgi e Sousa (2010) mencionam a adoção de três procedimentos metodológicos essenciais na pesquisa em Psicologia e em outras ciências humanas. O primeiro seria adotar a atitude fenomenológica (parte da experiência entre profissional psicólogo e o sujeito), que consiste na suspensão (*epochê*) de quaisquer pressupostos teóricos e conhecimentos diante ao que pretendemos investigar. Devemos partir da pergunta orientadora, ou seja, do fenômeno mesmo. Em seguida, descrever o

fenômeno que nos interessa investigar, com base na pergunta orientadora. Em terceiro momento, a partir do exercício da variação livre da imaginação, identificar as unidades de sentido (essência) daquela experiência, na circunscrição do fenômeno no campo intencional (GIORGI; SOUSA, 2010; MARTINS; BICUDO, 2005; HOLANDA, 2014; FEIJOO; GOTO, 2010; GOTO; COSTA; SCHIEVANO, 2019; ESPÍNDULA; VALLE; BELLO, 2010; ESPÍNDULA; FERREIRA, 2017).

Giorgi e Sousa (2010) nos esclarecem ainda que o procedimento metodológico essencial na utilização do método fenomenológico de Husserl, nas pesquisas psicológico-fenomenológicas, consiste, em primeiro, na redução psicológico-fenomenológica, em que acontece a saída do empírico ao fenomenológico. É isso que Husserl nomeia como atitude antinatural (HUSSERL, 1913/2006). Os autores ressaltam que toda a atenção do pesquisador deve estar voltada para o fenômeno tal como se dá na consciência, de tal forma que ele supere a posição inicial que o leva a considerar o que é visado como sendo empírico.

Como vimos, a crítica de Husserl não se origina nas questões a respeito da cientificidade ou das utilizações das técnicas da Psicologia, nem de desqualificar o método praticado, mas de salientar esta oposição radical entre objetivismo e subjetivismo, em nossos dias atuais. Não existe uma técnica, uma teoria sem uma fundamentação humana, se existisse seria inviável compreender o ser humano a partir de apenas uma teoria, ao mesmo tempo em que não é viável uma teoria construída como “colcha de retalhos” (GOTO, 2015).

Ales Bello (2017) enfatiza que o mais importante no estudo de Husserl não é a existência em si mesma, mas a essência, o sentido, o significado das coisas que existem. O que interessa fenomenologicamente é conhecer o que é a coisa por si mesmo, sua essência, e não somente colocar em evidência o seu existir, mas mostrar o seu sentido para atender a uma demanda teórica. A fenomenologia de Husserl considera que a manifestação humana mostra a consciência e é isso que pretende a proposta de uma fenomenologia-empírica, de acordo com os autores Martins e Bicudo (2005), Giorgi e Souza (2010) e Feijoo e Goto (2016).

No entanto, conforme discutido e analisado por Feijoo e Goto (2016) e por Goto, Costa e Schievano (2019), essa proposta do método fenomenológico-empírico ainda se apresenta incompleta no que se refere a uma análise da Psicologia Fenomenológica elaborada por Husserl. Em síntese, esses autores dizem que o objetivo de um método na Psicologia, entendida como ciência de rigor, é identificar e descrever as vivências psíquicas em suas estruturais intencionais e universais, a partir da redução psicológico-fenomenológica. Isso é não apenas identificar, descrever e interpretar os significados da experiência, caso fosse, como método, o trabalho seria mais hermenêutico que psicológico, propriamente dito. Comentam os autores que:

Os protocolos descritivos da psicologia fenomenológica-hermenêutica [tal como consideram os autores sobre a proposta de Giorgi] consolidam as experiências pelos seus significados, e, em último caso, quem traduz as descrições dos sujeitos, associando aos objetivos da pesquisa e também à perspectiva de análise que adota é o próprio pesquisador (GOTO; COSTA; SCHIEVANO, 2019, p. 93).

Em síntese, Feijoo e Goto (2016) e Goto, Costa e Schievano (2019) demonstram que as “sínteses de significados psicológicos sobre o tema”, como sugerem Martins e Bicudo (2005) e Giorgi e Sousa (2010), estão mais conexas às atuais propostas das fenomenologias hermenêuticas, que propriamente a investigação das vivências psicológicas/psíquicas, objetivo da Psicologia Fenomenológica de Husserl. Mesmo que o método apresentado por A.

Giorgi como fenomenológico-empírico hermenêutico considere certas condições científicas significativas com rigor, sistemático e crítico, capaz de abranger requisitos psicológicos expressivos para analisar as significações da experiência, esse método não abrange o centro da proposta original de uma “Psicologia Fenomenológica” de E. Husserl. Assemelha-se a outros métodos qualitativos, como ressalta Branco (2014), apud por Goto e Feijoo (2016, p. 8), tais como análise de conteúdo ou hermenêutico e análise de discurso.

Empenhado nessa análise de Goto e Feijoo (2016), os pesquisadores Goto, Costa e Schievano (2019) buscaram cumprir os objetivos propostos por Husserl em sua Psicologia, reformulando os procedimentos e alguns objetivos da proposta de Giorgi. Para isso, mantiveram os três momentos sugeridos por Giorgi, porém, acrescenta o último passo que é a identificação e a análise das vivências psíquicas presentes nesses significados da experiência, tal como já tinha sido apontado por Goto e Feijoo (2016). No entanto, também advertem os autores que essa é uma proposta de pesquisa fenomenológico-empírica, algo diferente de uma pesquisa fenomenológico-psicológica de uma Psicologia Fenomenológica.

É importante observar que essa investigação, por ser psicológico-empírica, se limitou na identificação e na discussão das vivências psicológicas da experiência vivida e não se assumiu a tarefa de desenvolver uma descrição das peculiaridades pertencentes a cada vivência psicológica encontrada, pois essa constituiria uma investigação própria da Psicologia Fenomenológica Pura (HUSSERL, 1927/1990) que não necessitaria de uma investigação empírica (SCHIEVANO; GOTO, 2019, p. 94).

A contribuição da Fenomenologia para a Psicologia é a possibilidade de uma Psicologia Fenomenológica, pois é uma psicologia que explora metodicamente as configurações das vivências psíquicas intencionais (GOTO; HOLANDA; COSTA, 2018). Para isso, é essencial que uma pesquisa psicológica esteja apoiada no método fenomenológico e registre, ao menos: “a redução eidética fenomenológica, descrição dos vetores internos aos fenômenos psíquicos, a explicitação e a descrição das vivências psíquicas” (FEIJOO; MATTAR, 2014, apud por GOTO; FEIJOO, 2016, p. 07).

Em síntese, seguindo os passos do método fenomenológico-empírico aplicado à Psicologia de Giorgi e Sousa (2010), Martins e Bicudo (2005), reformulados por Feijoo e Goto (2016) e Goto, Costa e Schievano (2019), temos os seguintes procedimentos: no primeiro momento, o pesquisador deve alcançar as descrições das experiências dos sujeitos, a partir das narrativas das vivências referentes ao fenômeno em estudo; no segundo, desenvolver a redução psicológico-fenomenológica, isto é, uma redução que tem a finalidade de alcançar às sínteses de significados psicológicos a respeito do assunto. Nesse momento, busca-se situar a essência do objeto de estudo por meio da variação livre imaginativa, em que a análise eidética é vista pela perspectiva psicológica do investigador, que define sínteses de significados psicológicos a respeito do tema (GIORGI; SOUSA, 2010). Por último, passa-se a analisar as possíveis vivências psíquicas que estão presentes nesses significados da experiência.

Algumas contribuições da análise fenomenológica na Psicologia: uma fundamentação antropológica da Psicologia

Na atualidade, tem se falado muito no termo “humanização” nos atendimentos às pessoas nas Unidades Básicas de Saúde, nas Clínicas-escolas, nos hospitais e nos Centros de Atenção Psicossocial. Esse ideal de filosofia que se busca construir precisa de um cuidado

ético, pois, podem voltar às velhas posturas ideológicas (CAPRA, 1982). Graças à ciência, a humanidade, ao longo dos séculos, vem transformando os modos de pensar a saúde e a doença, a mente e o corpo. Torna-se necessário alcançar um patamar mais alto de integração epistemológica, que auxilie o avanço do conhecimento (ESPÍNDULA, 2009).

A doença faz parte da vida. Frente a isso, pouco esforço tem sido realizado na compreensão da conexão entre o modo de pensar o ser humano na Psicologia, seja no tema saúde e doença, seja nos paradigmas antropológicos relacionados ao binômio saúde-doença que se precedeu (a Psicologia atual), historicamente. Esse descaso pelo passado, como modo de entender as concepções atuais sobre o ser humano, especialmente em Psicologia, é produto do dogma da modernidade, de que se opera uma ruptura com o passado e a tradição (CASTRO; ANDRADE; MÜLLER, 2006).

Ao olharmos para a realidade das instituições, há uma dificuldade de lidar com o outro. Na atuação profissional na área da clínica e da saúde ainda prevalecem a concepção individualista e biomédica. A ciência da saúde se apropria de um racionalismo que menciona que a saúde é um bem e a doença um mal. Assim é que se chega a uma dicotomia saúde/doença, tendo o pensamento na medicina que é preciso “combater a doença a todo custo” (CAPRA, 1982). Imerso nesse contexto pelas ciências naturais, no período da modernidade, Descartes (2000) solicitou a separação completa da mente e corpo, sendo o estudo da mente atribuído à filosofia e à religião e, o estudo do corpo, à medicina, visto como uma máquina. Para lidar com a saúde era preciso separar o espírito. Então, tendo predominado este pensamento na ciência, esta passou a olhar apenas para as partes do paciente, sem olhar para sua totalidade (ESPÍNDULA, 2009). Nesse sentido, os profissionais médicos ainda têm demonstrado menos investimento no relacionamento e envolvimento com os seus pacientes, embora carregam a representação de uma atuação voltada para o atendimento clínico.

Diante disso, a contribuição da proposta fenomenológico-empírica para as pesquisas no campo da Psicologia, principalmente nas áreas da Clínica e de Saúde, são imprescindíveis, porque, como afirma Paolo Valori no Prefácio da tradução italiana da obra *Sobre o Problema da Empatia (Zum Problem der Einfühlung)*:

Fenomenologia é a filosofia do nosso tempo. Ela corresponde, efetivamente, àquela necessidade, tão percebida pelos nossos contemporâneos, de ir às coisas mesmas, de ver com os próprios olhos, e depois, descrever com exatidão e fidelidade, a realidade, assim como ela se manifesta, sem ídolos, preconceitos ou pressupostos ideológicos (VALORI *apud* ESPÍNDULA, 2009, p. 66).

Nessa obra e em outras, Stein (2000a) continuou a utilizar o método proposto pelo seu mestre Husserl – a fenomenologia da essência – fundamentada no mundo, assim como é vivido pelo sujeito. O seu ponto de partida metodológico é “voltar às coisas mesmas”, prescindindo de todo conhecimento *a priori* e sem preconceitos que, a princípio, são suspensos na trajetória da pesquisa. Esta atitude quer dizer que, ao estudar certo fenômeno, não se deve partir daquilo que já se sabe a respeito, mas voltar o olhar para a realidade mesma e procurar observar o que se lhe apresenta como essencial, sendo esta apreendida e, após, feita uma descrição rigorosa de como o fenômeno se mostra. Stein (1999^a; 2000b) reconhece que, no ser humano, existe um “eu” que apreende a realidade e seus sentidos, acolhendo-os em sua interioridade e os atribuindo valores, de acordo com seu grau de significado. Identifica-se aí, então, um indivíduo espiritual ligado a este mundo (ESPÍNDULA, 2009).

A redução fenomenológica é descrita por Stein (2000b) como um modo de “colocar fora de circuito” as preocupações a respeito da existência do indivíduo, o mundo psicofísico

e físico, sendo que o pesquisador pode observar apenas o vivido em si mesmo e, com isso, chegar ao “eu puro”, à essência dos fenômenos, no seu sentido estrutural e universal. Desse modo, não se pretende descartar os dados da existência, apenas os deixar de lado por um momento da análise (ESPÍNDULA, 2009).

Em suas análises fenomenológicas, Stein (2000b) identifica dois “eu”, ou seja, dois aspectos do mesmo “eu”: um “eu real” (empírico) e um “eu puro” (eidético). Cada dimensão do “eu” constitui o ser humano real (eu empírico) que é ao mesmo tempo sujeito de suas vivências e que se relaciona com o mundo objetivo. Todas as pessoas têm a função estrutural e essencial, que pode ser avaliada sem se referir a um específico ‘humano real’. Mas, “estas funções vivem nos ‘homens reais’ e é evidenciado pela reflexão, que é a chave de todo este discurso” (ALES BELLO, 2004, p. 180).

Quando Husserl (1913/2016) descreveu esse “eu psicológico”, também se referiu à individualidade desse “eu” como “humano real” concreto, que apresenta um “eu puro”, o que seria parte da estrutura universal do ser humano. Desse modo, entendemos que o objetivo da análise das vivências psicológicas (eu empírico) é compreender como uma pessoa vivencia algo específico, como isso está fundado em sua constituição essencial de ser humano, ou seja, apreender o que é essencial em cada vivência singular. Por intermédio do caminho da análise dos atos vividos (registrados na consciência), em Stein, é possível explicitar que o ser humano é constituído de três dimensões dinamicamente entrelaçadas: material, psíquica e espiritual (ALES BELLO, 2004; 2017).

A respeito dessa análise fenomenológica na Psicologia, pretende-se compreender como a pessoa vivencia a existência e a humanidade em si mesmo e no outro. “De tudo que o ser humano participa, faz experiência de si. Quer se trate no mundo interior ou no mundo exterior, o homem sempre procura qualquer coisa que supera a si mesmo e do que existe, da qual ele e tudo isto que existe depende” (ESPÍNDULA, 2009, p. 68).

As vivências psíquicas e espirituais apresentam seus diferentes atos, como vistos em alguns dados exemplificados pela professora Ales Bello, por vezes, em sala de aula, em Roma, e em suas conferências. Ao escutar um barulho (de algo desmoronando no prédio) e uma explosão, um ser humano poderia reagir correndo impulsivamente do edifício, o que demonstraria o pânico dessa pessoa. Como é comum nessas situações dizerem: “não entrem em pânico, é preciso se controlar para podermos sair”, e o segundo, poderia levar o homem a abaixar-se para se proteger (ALES BELLO, 2017, p. 69). A primeira atitude de controle é de natureza espiritual ou racional, quando a pessoa manifesta um governo de si mesmo. A vivência do passado também faz parte do eu que permanece no futuro e que possibilita ao homem perceber surgir uma nova vida em si a cada momento, pois carrega consigo uma história vivida e reelaborada em cada instante (STEIN, 1999b).

Todas essas vivências não eliminam a unidade do fluxo de vivências que se forma, que se desenvolve em período de tempo determinado. Não separadamente, mas um fluxo unitário de uma vivência pode desencadear o surgimento de outra em seguida. Cada vivência se liga a outra, numa sucessão de vivências, um fluxo de vivências (HUSSERL, 1900-1901/2007). Podemos dizer, então, que o “fluxo é uno porque provém de um eu” (STEIN, 1999b, p. 52).

Se prestarmos atenção, cada vivência possui suas características e se distinguem: 1) de um conteúdo que é recebido na consciência; 2) da vivência deste conteúdo ou do modo como a consciência apreende ou capta esse conteúdo; 3) da consciência desta vivência, seja ela de maior ou menor medida, sempre acompanha o viver e, por isso mesmo, pode ser

chamada a própria vivência de consciência (STEIN, 1999b). No primeiro caso, podemos dizer que no âmbito do conteúdo vivido existe uma diferença entre dois tipos: não-egológicos e egológicos. O primeiro diz respeito àqueles que estão diante do “eu” e que são apreendidos com sensibilidade, assim como também os outros indivíduos podem o captar; enquanto o segundo, refere-se aos conteúdos que pertencem ao sujeito da vivência, como sente as coisas e das quais apreende um valor e um significado.

Ainda, outra diferença é a intensidade e a forma como são vividos esses conteúdos: os não-egológicos emergem de uma tensão maior para uma determinada coisa em maneira mais clara e mais vivaz para o indivíduo, enquanto os conteúdos egológicos se apropriam totalmente da pessoa. “A diferença da clareza da consciência corresponde aos graus diferentes de tensão da vivência. Quanto mais intensa é a vivência, mais clara e desperta é a consciência disso” (STEIN, 1999b, p. 53).

Não temos apenas vivências com coisas, animais ou com si mesmo, mas fundamentalmente temos vivências com outros humanos. É na vivência de intropatia ou empatia (*Einfühlung*) que Husserl e Stein identificaram a possibilidade humana de se viver intersubjetivamente com o outro que é semelhante a mim. Esses filósofos reconheceram e enfatizaram essa vivência como constitutiva do indivíduo (ALES BELLO, 2017).

É diante dessa análise fenomenológica do ser humano, ou, mais propriamente, dessa análise antropológica fenomenológica que podemos fundamentar a Psicologia. É evidente que não há uma Psicologia sem uma compreensão de ser humano, mesmo que essa ciência tenha outros objetivos que a própria antropologia. Essas contribuições podem fornecer um alicerce para a constituição de uma Psicologia mais humana, ou seja, de uma Psicologia que esteja enraizada de maneira mais própria nas fontes originárias e constitutivas do ser humano.

Em uma pesquisa em Psicologia, por exemplo, podemos já compreender fisicamente o sujeito, tal como se apresenta em seu modo de vestir, falar e se mover, pois se revela, à primeira vista, o seu estado social, a sua profissão e a sua posição social. No primeiro encontro, dependendo de como é estabelecido, já podemos perceber como a pessoa é, na sua essência e no seu caráter. Os sinais se manifestam na face da pessoa, pelo seu olhar, das vibrações da sua voz, das quais não se é completamente consciente. Enquanto que ao falar toca o outro interiormente, a reação é de afastamento ou de aproximação.

Cada indivíduo é único e peculiar, tem uma relação interior mais ou menos profunda consigo mesmo, ao mesmo tempo em que possui vivências que também temos. O acordo recíproco se realiza mais explicitamente estando com um e com o outro, de modo duradouro e de conhecimento, ocorridas nas diversas comunidades. Com um caminho percorrido com sua história e, em relação a isto, nasce a consciência da responsabilidade recíproca. A vida do ser humano é uma vida comunitária e é um desenvolvimento que nos condiciona reciprocamente (STEIN, 2000b).

REFERÊNCIAS

ALES BELLO, A. Introdução à fenomenologia. Belo Horizonte: Spes, 2017.

ALES BELLO, A. **Fenomenologia e ciências humanas: psicologia, história e religião**. Bauru: EDUSC, 2004.

- ALES BELLO, A. **Il senso dell'umano: tra fenomenologia, psicologia e psicopatologia**. Roma: Castelvecchi, 2016.
- AMATUZZI, Mauro M. Psicologia fenomenológica: uma aproximação teórica humanista. **Estudos de Psicologia. (Campinas)**. v. 26, n.1; p. 93-100; janeiro-março, 2009. <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v26n1/a10v26n1.pdf>.access
- CALLIERI, B. Fenomenologia e psicologia. In: LUCA, A. **Verso una psicologia fenomenologica ed esistenziale**. Pisa: ETS, 2009. (Entrevista a Bruno Callieri).
- CAPALBO, C. Método fenomenológico. In: HEGENBURG, L.; SILVA, M. F. A. **Métodos**. São Paulo: EPU, 2005. pp. 101-108.
- CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo: Pensamento-Cultrix, 1982.
- ESPÍNDULA, J. A. G. O significado da religiosidade para pacientes com câncer e para profissionais de saúde. **Tese de doutorado**, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.
- ESPÍNDULA, J. A.; VALLE; E. R. M.; BELLO, A. A. Religião e espiritualidade: um olhar de profissionais de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem (On-line)**. (Ribeirão Preto). v. 18, n. 6; pp. 1-8, nov.-dez, 2010. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae
- ESPÍNDULA, J. A.; FERREIRA, M. R. Saúde mental: aspectos psicossociais de adolescentes em uma Escola Rural na perspectiva fenomenológica. In: NEVES, L. R.; RAMOS, C. E. (Orgs.). **Psicologia: relatos e experiências**. Boa Vista: Editora da UFRR, 2017.
- FEIJOO, A. M. L. C.; GOTO, T. A. É possível a fenomenologia de Husserl como Método de Pesquisa em Psicologia? **Psicologia: teoria e pesquisa**. (Brasília). v. 32, n. 4, pp. 1-9, 2016.
- GIORGI, C. FISCHER; E. MURRAY. **Duquesne studies in phenomenological Psychology I**. Pittsburgh, PA: Duquesne University Press, 1975.
- GIORGI, A.; SOUZA, D. **Método Fenomenológico de Investigação em psicologia**. Lisboa: Fim de Século, 2010.
- GOTO, T. A. **Introdução à psicologia fenomenológica: a nova psicologia de Edmund Husserl**. São Paulo: Paulus, 2015.
- GOTO, T.A.; COSTA, I. I.; SCHIEVANO, B. A. Vivências psicológicas de homens que buscam profissionais do sexo. Uma proposta de análise psicológico-fenomenológico. **Revista de Psicologia, Fortaleza**, v.10, n.1, pp. 90-104, 2019.
- GOTO, T. A.; HOLANDA, A. F.; COSTA, I. I. da. Fenomenologia transcendental e a psicologia fenomenológica de Edmund Husserl. **Revista do NUFEN**, 10(3), 38-54, 2018.
- HOLANDA, A. F. **Fenomenologia e humanismo: reflexões necessárias**. Juruá, 2014.
- HUSSERL, E. **A Crise das Ciências Europeias e a Fenomenologia Transcendental. Uma introdução à Filosofia Fenomenológica**. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária (Publicado em 1954), 2012.
- HUSSERL, E. **A Filosofia como ciência de Rigor**. Coimbra: Atlântida (Original de 1910), 1965.
- HUSSERL, E. **El artículo de la Encyclopaedia Britanica**. Mexico: UNAM (Original de 1927), 1990.

HUSSERL, E. **Ideias para uma Fenomenologia Pura e para uma Filosofia Fenomenológica**. Aparecida: Ideias e Letras (Original de 1913), 2006.

HUSSERL, E. **Investigações Lógicas – Segundo Volume, Parte I: Investigações para a Fenomenologia e a Teoria do Conhecimento**. Lisboa: Phainomenon (Original de 1900-1901), 2007.

MONDIN, B. **Introdução à filosofia**. São Paulo: Paulinas, 1985.

STEIN, E. **A mulher**: sua missão segundo a natureza e a graça. Tradução Alfred J. Keller. Bauru: EDUSC, 1999a.

STEIN, E. **Psicologia e scienza dello spirito**: contributi per una fondazione filosofica. 2. ed. Tradução A. M. Pezzella. Roma: Città Nuova, 1999b.

STEIN, E. **Il problema dell' empatia**. Tradução Elio Er M. D'Ambra. Roma: Città Nuova, 2000a.

STEIN, E. **La struttura della persona humana**. Tradução di D'Ambra. Roma: Città Nuova, 2000b.

3. AUTOCONSCIÊNCIA COMO ACONTECIMENTO: VIVER A PERGUNTA “QUEM SOU EU?”

Miguel Mahfoud

Introdução

A grande pergunta “Quem sou eu?” vem atravessando os mais diversos períodos históricos (von Balthasar, 2017). Chega intensa e viva também aos nossos dias pós-modernos caracterizados pelo relativismo sistemático, pela cultura do narcisismo, pelo esvaziamento das alteridades: a urgência existencial de afirmação da própria pessoa convive com as expectativas de modificações do mundo-da-vida, suscitando tanto esperanças quanto ceticismos (Mahfoud, 2012). Na Psicologia, no entanto, insistente a pergunta “Quem sou eu?” permanece quase ignorada, deixada na retaguarda: enquanto examina aspectos da pessoa, corre o risco de perder de vista a pessoa mesma; tomando o sujeito como objeto, ofusca o acontecimento da subjetividade (Martins, 2007; Romano, 2008, 2012).

A permanência da pergunta “Quem sou eu?” – evidenciando que somos sujeitos irreduzíveis a qualquer espécie de objeto – reacende um desafio próprio da Psicologia. Na Psicologia temos nos ocupado de comportamentos ou tendências, temos falado em funcionamento do cérebro ou sintoma, temos concebido mecanismos, perdendo de vista a pessoa mesma; corremos o risco de deixar de contribuir com que sujeitos possam ter viva apreensão de si mesmos. A preocupação de Edmund Husserl (2008) frente às ciências em geral, expressa no seu livro “Crise das ciências europeias”, pode ser tomada também como um forte problema para a Psicologia: “Meras ciências de factos fazem meros homens de factos” (pp. 19 - 20), no sentido de turvar sua complexidade própria. Ater-se à descrição de aspectos leva a empobrecimento da subjetividade.

É urgente, portanto, tematizar modos de apreensão de si que sejam efetivamente experiência do próprio ser, experiência ontológica, experiência de que “eu sou” (Moreno-Márquez, 1988; Leite e Mahfoud, 2015; Stein, 2007): desafio radicalmente importante para toda a sociedade contemporânea assim como para a Psicologia no passo atual de avanço em termos de qualidade de intervenção e de sua própria constituição como ciência humana (Mahfoud e Massimi, 2008).

Autoconsciência como acontecimento

Hans Urs von Balthasar – considerado um dos grandes intelectuais do século XX – se aproxima da experiência humana (assim como da Filosofia e da Teologia) através da Literatura como elaboração da experiência coletivamente compartilhada, aberta a apreensão de diversos sentidos, menos objetivante. Seu texto intitulado “Quem sou eu?” (von Balthasar, 2017) é significativo para o campo da Psicologia ao problematizar uma tentativa contemporânea de tomar o eu por papeis e funções, ou por representações no teatro do mundo. Conceber-se através do desempenho de papeis não impede, no entanto, o ressurgir da pergunta “Quem sou eu?”. Mesmo considerando as relações interpessoais e sociais como jogo, a pergunta “Afinal, quem é que joga o jogo dramático da existência?” volta a se apresentar: quem é o sujeito e quem sou eu são perguntas fundamentais e elas mesmas evidenciam a irreduzibilidade do sujeito.

Radicalmente importante é a questão de como chegar a formular a insistente pergunta “Quem sou eu?”, uma vez que ela permanece como pano de fundo de todas as perguntas que o sujeito chega a expressar (Giussani, 2009; Mahfoud, 2012, 2017; Mahfoud & Massimi, 2008; von Balthasar, 2017). Mesmo na vida cotidiana, a pessoa ocupada com tarefas e planos acaba por se perguntar “Afiml, por que se ocupar disso tudo? Por que vale a pena viver?”: não se trata de questão genérica mas de questionamento sobre a vida mesma e sobre a própria pessoa tomada em horizonte amplo. Ao se ocupar do mundo, o sujeito chega a interroga-se quanto ao sentido radical: “Por que viver?”, “Quem sou eu?”.

Qualquer resposta à pergunta “Quem sou eu?” revela-se insuficiente. É evidente que a definição de nós mesmos pela profissão não nos basta; e ainda seria insuficiente nos definirmos por algum relacionamento significativo: qualquer tentativa de resposta acaba por ressaltar e reacender aquela pergunta radical. Por mais que alguma experiência defina nossa pessoa, ainda é insuficiente para fechar a questão “Quem sou eu?”.

Trata-se, então, de ficar com a grande pergunta. Por um lado, ela está sempre presente como pano de fundo; por outro, ela vai ser ressaltada nos acontecimentos da vida (naqueles considerados negativos, quando emerge a interrogação “Por quê comigo?”, ou nos positivos, quando toma a forma de “Quem sou eu para que tudo isso esteja acontecendo comigo?”).

Então, a questão não é como responder definitivamente a grande pergunta “Quem sou eu?”, mas como vivê-la.

É uma pergunta que nunca se coloca na mira do fuzil, porque ela mesma segura a arma em punho. Esse que fica sempre pressuposto – isto é, o eu que se interroga – nunca está sem perguntas, quase fosse algo que fundamenta a si mesmo; ele está implicitamente em cada pergunta real, porque é o que coloca a pergunta verdadeira. O suicídio – que chegou a ser exaltado como a maior liberdade do ser humano – testemunha o seguinte: a certa altura, pode-se ficar tão farto do fundo da eterna pergunta, que se acaba por inverter a direção do cano do fuzil, apontando contra o impertinente interrogador. É claro que pode ser covardia, mas o fato é que não foi encontrada solução alguma, tanto ao mergulhar no papel a desempenhar, como ao livrar-se dele, e ainda menos ao comparar-se com a situação de outros homens. (...) Para o suicida, seu solitário eu interrogativo se tornou a tal ponto discutível que não mais lhe parece digno continuar a interrogar-se. (von Balthasar, 2017, pp. 21 - 22).

Não encontrar resposta suficiente nem modo adequado de perguntar-se sobre si mesma pode ser tão grave a ponto de a pessoa desistir. Há quem desista através de suicídio, mas há também quem desista permanecendo numa atividade ou num relacionamento, não esperando mais nada, desistindo das próprias exigências de sentido: é grave por ser abolição do humano.

Por outro lado, a autoconsciência não é algo como um programa a ser cumprido (ao modo de passos de autoajuda) – o que a tornaria constructo artificial – mas dá-se, sobretudo, como reconhecimento da grande pergunta “Quem sou eu?” como “acontecimento” (Martins, 2007; Romano, 2008, 2012). Enquanto cumprimos atos ou vivemos relacionamentos, as exigências constitutivas expressas em buscas, tensões e realizações pessoais iluminam nossa própria experiência até a autoconsciência (Mahfoud, 2012). Nesse campo, não se pode criar a vida pessoal artificialmente, mas colher a vida que acontece.

A experiência de si mesmo se dá ao longo do percurso de tomada de posição no mundo-da-vida. Nesse sentido, viver a pergunta “Quem sou eu?” é acolher a vida acontecendo, nos momentos realizadores ou desafiadores: na surpresa pela vida acontecendo, na abertura à vida e a si mesmo, há possibilidade de elaboração da experiência e de apreensão (conhecimento) de si mesmo.

Experiência ontológica: força criativa de identidade

Viver a busca de quem sou eu – sem artificialidades –, tem a ver com o *acontecimento* pessoal na busca de completude (Mahfoud, 2017b).

A vida mesma suscita possibilidades de perguntar e buscar como acontecimento. O poema do italiano Giacomo Leopardi, intitulado “Canto noturno de um pastor errante da Ásia” (cf. Mahfoud, 2017b, p. 42), pode ser tomado como um significativo exemplo, ao retratar um pastor a observar a lua:

Às vezes, quando te observo,
tão muda no deserto tão plano, que,
ao longe, se confina com a fimbria do horizonte
e te descubro seguindo-me passo a passo
com as minhas ovelhas e fico a olhar o incêndio
dos astros,
penso, entre mim:
para que tantas estrelas?
Que significam o ar infinito e essa profunda serenidade do céu?
Que quer dizer esta imensa solidão?
E eu, quem sou?

No próprio contato com a natureza dá-se uma experiência de surpresa, de maravilhamento, que carrega as perguntas sobre o porquê de tudo, o porquê de mim mesmo, sobre quem sou.

Interessante notar que o mesmo tipo de experiência é comunicado por outro poema nascido em contexto cultural muito diverso: o contemporâneo japonês Daisaku Ikeda em “Ó viajante!” (cf. Mahfoud, 2017b, pp. 42 - 43) também se refere à lua e à natureza suscitando tomada de consciência de si próprio; nesse caso, o poema é declamado quando o jovem autor encontra a pessoa que reconhece como seu mestre de vida:

Ó viajante!
De onde vens?
E para onde irás?
A lua desce
No caos da madrugada;
Mas, vou andando,
Antes de o sol nascer,
À procura de luz.

No desejo de varrer
As trevas de minh'alma,
A grande árvore eu procuro,
A que nunca se abalou
Na fúria da tempestade.
Nesse encontro ideal,
Sou eu quem surge da terra!

Ao descer da lua, escuridão e caos na madrugada: sem saber para onde ir, há dificuldade de organizar a própria vida, “mas, vou andando, antes de o sol nascer, à procura de luz”, ou seja, enquanto estou na escuridão não sou apenas definido pela escuridão, mas por minha busca de luz. E “no desejo de varrer as trevas” procuro algo de profundamente estável, no caos procuro estabilidade. Não somos definidos pelo impacto empírico com o mundo, apenas, mas sobretudo pela busca que se instaura na vivência empírica. Por isso, “nesse encontro ideal, sou eu quem surge da terra!”. Não se trata de encontro de temperamentos,

mas de “encontro ideal”, encontro onde se vislumbra, dentro daquele encontro mesmo, a ansiada estabilidade: eis a dimensão ideal. Dentro da experiência sensível, a dimensão de ideal, a que tende ao infinito, “sou eu quem surge da terra”: não um ideal abstrato a respeito de mim mesmo; é o meu eu que emerge da experiência. De minha pessoa concreta, de meu temperamento, da história difícil, do encontro com aquela pessoa, o eu emerge na percepção de algo infinito no finito. Ali posso viver uma experiência de meu eu como acontecimento.

Trata-se de *conhecimento ontológico* ou *experiência ontológica*, porque não tenho percepção apenas de aspectos de minha pessoa ou da pessoa do outro, mas tenho percepção de que “eu sou”. O que permite o conhecimento ontológico é a percepção de si junto da apreensão de que a vida está lhe sendo dada, de que a vida nasce de uma fonte, de que o meu eu está emergindo como acontecimento. (Leite e Mahfoud, 2015; Mahfoud, 2017b; Moreno-Márquez, 1988; Stein, 2007).

Segundo Bonowitz (cf. Mahfoud, 2017b, p. 47),

conhecimento ontológico, um conhecimento que não é tanto explicitamente racional (ou “tematizado” [...]), quanto criativo de nossa identidade. [...] O conhecimento do desejo, o conhecimento de irresistivelmente querer para si (...) a felicidade eterna e infinita.

“Não quero sair daqui nunca mais”, “Tomara que não termine nunca”, “Que seja para sempre”: são expressões simples da aproximação à experiência da dimensão infinita, que contém um irresistível querer. São acontecimentos que surpreendem o próprio sujeito e tem força criativa de identidade.

São também momentos de apreensão de que a fonte do acontecimento está próxima de nós, oferecida e disponível a nós, segundo Bonowitz (cf. Mahfoud, 2017b): a vida se apresenta e sua fonte é reconhecida. Assim, podemos arriscar.

Edith Stein também elucida essa argumentação:

Ao fato inegável que meu ser seja fugaz e se prolongue de um momento a outro e se encontre exposto à possibilidade de não ser, corresponde outro fato também inegável: eu, apesar dessa fugacidade, *sou* e sou *conservado no ser* de instante em instante; no meu ser fugidio, eu abraço um ser duradouro.

Eu me sei sustentado e esse sustento me dá calma e segurança. Certamente não é a confiança segura de si mesma do homem que, com sua própria força, se mantém de pé sobre solo firme, mas a segurança suave e alegre da criança que repousa sobre um braço forte. [...]

No meu ser eu me encontro, então, com outro ser que não é o meu, mas que é ele o sustento e o fundamento de meu ser que não possui em si mesmo nem sustento nem fundamento. (Stein, 2007, p. 667)

Ao apreender a fonte, pode-se viver as incertezas, os impasses frequentes ao longo da vida.

Na percepção de si mesmo associada à fonte do acontecimento da vida pode-se afirmar a vida pessoal, a si mesmo, sem autoafirmação. É a experiência de João Evangelista que bastante idoso relata em seu texto acontecimentos ocorridos havia mais de 60 anos, e para dizer “eu” redige “aquele que Jesus amava”: colhia a fonte como criativa de identidade; voltando-se para o outro, voltava-se para si mesmo; voltado para a fonte que confere identidade pode continuar a referir-se a si como acontecimento. Trata-se de afirmação de si sem autoafirmação: é afirmação do acontecimento da vida pessoal. É significativo exemplo da liberdade própria da experiência ontológica: aberta para o mundo acolhendo o acontecimento, possível ao ser humano na vida quotidiana. (Mahfoud, 2017b)

É exemplo também de um modo experiencial de o sujeito não se perder como objeto:

Voltar-se para si sem reduzir o sujeito a objeto, é possível, ao tomar si mesmo como abertura interrogante: manter a pergunta “Quem sou eu?” é expressão própria do sujeito, é seu acontecer. Voltar-se para si é advertir a busca radical, que está em ato, a exigência de cada um de nós é diante de tudo o que encontra. (Mahfoud, 2017b, pp. 50 - 51)

Agostinho (2005) advertiu: “A alma não procure enxergar-se como se estivesse ausente, mas cuide de se discernir como presente (...); basta desapegar-se do que sabe não ser ela mesma” (p. 325). E ainda: “A alma se conhece no momento mesmo em que se procura” (p. 329). Apelo importante para o sujeito contemporâneo culturalmente solicitado a conceber-se como se não estivesse presente, como se a formulação de um eu se desse pelos projetos de vida, ou como se constituição de um eu fosse ilusão a encobrir o vazio estrutural, decorrendo relativismo sempre maior frente às percepções de arbitrariedade das construções de si mesmo, afastando a experiência ontológica do horizonte experiencial. Se podemos ser qualquer coisa, significa que não somos nada – apontou argutamente Stanislaw Grygiel (2000; cf. Mahfoud e Massimi, 2012).

No relacionamento, o eu

Giussani (cf. Mahfoud, 2017a, p. 75) comenta que através do contato com coisas podemos chegar a ter relacionamento com uma presença:

Tomás de Aquino indicava três requisitos da beleza: a integridade, a simetria e – assim Croce traduz – a clareza. Joyce, ao invés, mais inteligentemente, traduz a terceira palavra por “radiosidade”, indicando a capacidade que a beleza tem de comunicar algo que não se vê, isto é, o poder de emanar algo que o objeto anuncia, mas não se identifica com seus aspectos sensíveis; de tal modo que o objeto é, a um só tempo, verdadeira beleza e sinal de outro: essa é a completude do existente.

Tal afirmação pode ser de ajuda para tematizarmos a relação com o mundo como presença e também a marca profunda que a presença pode deixar no sujeito que a apreende, ponto de definir sua identidade, sua autoconsciência e sua busca de si mesmo.

Um trecho de um poema de Karol Wojtyła intitulado “A redenção busca a tua forma para entrar na inquietude de todo homem” diz assim (cf. Mahfoud 2017a, p. 90):

Teu nome nascia entre as primeiras pessoas que viam o caminho que percorrias, onde abrias passagem para ti. Em meio à multidão, a caminho do local do Suplício – foi de repente que abriste para ti um espaço ou o abrias desde o início? E desde quando? – diga-me, Verônica. Teu nome nascia no mesmo instante em que o coração se tornava efígie: efígie da verdade. Teu nome nascia do que fitavas.

Meu nome, minha identidade, a consciência de mim mesmo, nasce daquilo que fito, daquilo que olho, miro; depende de onde deito o olhar. Note-se a dinâmica claramente inter-relacional: percebo o impacto do outro mas segundo o olhar a ele dirigido. Se eu depositar o olhar simplesmente na imagem, ou meramente (para utilizar a expressão da famosa frase de Husserl citada acima) no aspecto empírico, serei impactado por essa dimensão a ponto de ser definido por ela; se meu olhar se deparar com a presença que se apresenta radiosamente na experiência empírica, serei marcado pela presença até definir minha própria autoconsciência como acontecimento de vida.

Mesmo no trabalho clínico em Psicologia, a pessoa toma vida no relacionamento com uma presença, quando a fala pode superar o mero discurso e a vida pessoal emergir e abrir caminhos para a elaboração da experiência, surpreendendo a todos os envolvidos na relação.

Também Stanislaw Grygiel (2017) aponta que para a pessoa se dar ao trabalho de perguntar-se “Quem sou eu?” de maneira livre e aberta, ela precisa de um lugar no mundo, de algum relacionamento, de uma experiência de nós que torne possível a experiência de eu, onde a surpresa do eu seja possível.

Acolher e doar constituem a natureza da pessoa, ou a sua essência, entendida como *principium agendi*. A pessoa, então, é um acontecimento de revelar-se mutuamente, uma a outra. Nesse revelar-se se constitui o “nós” em que habitam, que é amor e morada. [...] No nós, um é centro para o outro: é a ordem do amor. Tal ordem nasce do gesto de confiar-se um ao outro, é gerada ao acolherem-se um ao outro e ao serem acolhidos um pelo outro. O “nós”, então, é um acontecimento da liberdade. (Grygiel, 2017, pp. 114 - 115)

Edith Stein (2007) elabora também a questão relacional de maneira bastante significativa, indicando uma originalidade de posição da pessoa dentro das determinações, inclusive linguísticas. Fica ali evidente que o problema do eu não é posição ou introjeção, mas está no cerne da vida pessoal:

Para cada “eu”, seu ser – que chamamos de *vida* – brota a todo instante. [...] Cada homem é *um eu*, cada um começa a se chamar de *eu*. [...] É possível que o homem pronuncie a *palavra* “eu” antes de poder compreender seu sentido, mas é possível também que seu significado lhe seja revelado já (na forma simples da *vida consciente*, sem que o *conceito* “eu” tenha sido formado) antes que comece a usar a palavra. [...] O emprego prévio da palavra eu é sinal da vida consciente do *eu*. (pp. 941 - 942)

No fluxo de vida que eu não invento para mim mesmo, mas que capto ao me voltar para a exterioridade e interioridade pessoal, posso afirmar, com surpresa, a radiossidade: “eu sou”.

Essa experiência de surpresa de ser, da surpresa de ser eu mesmo, ilumina o modo de ler todos os aspectos pessoais e circunstanciais. A autenticidade pessoal começa pela surpresa do próprio ser.

Eduardo González Di Pierro (2017, p. 152) comenta que, para Stein,

o *principium individuationis* do ser eu se dá por *analogia entis* (Santo Tomás), se descobre como experiência de si mesmo formulada na palavra “eu” (Santo Agostinho) e se reconhece como pessoa única e irredutível, como experiência vital.

Um belo exemplo da surpresa que não é derivada do nível empírico da experiência mas do relacionamento com a presença a partir do empírico, chegando a ser determinante da autoconsciência que se mantém aberta à alteridade fonte de vida, pode ser tomado da obra literária de Oscar Milosz, da peça teatral intitulada “Miguel Mañara” (cf. Mahfoud, 2017b, p. 63):

Quem sou, pois, para teimar dizer que Tu és? Não estou certo, não tenho o direito de estar certo exceto de uma coisa só: do meu amor, do meu amor, do meu amor cego por Ti. Nada é puro, exceto o meu amor por Ti; nada é grande, exceto o meu amor por Ti. Nada é belo, exceto o meu por amor por Ti. O sonho desvaneceu-se, a paixão fugiu, a lembrança apagou-se. Ficou o amor.

Uma experiência dessa abre um caminho infinito de cuidado para com a pergunta cheia de surpresa e de vida: “Quem sou eu?”.

REFERÊNCIAS

- Agostinho (2005). *A Trindade*. 3 ed. (A. Belmonte, Trad.). São Paulo: Paulus. (Patrística; 7). (Originais de 416).
- Giussani, L. (2009). *O senso religioso*. (P. A. E. Oliveira, Trad.) Brasília: Universa. (Publicação original de 1986).
- González Di Pierro, Eduardo. Que significa “ser eu”? o problema da identidade pessoal em Edith Stein. Em M. Mahfoud (Org.). “*Quem sou eu?*”: Um tema para a psicologia. (pp. 125 - 156) Belo Horizonte: Artesã.
- Grygiel, S. (2000). L’uscita dalla caverna e la salita al Monte Moria: saggio su natura e civiltà. *Il Nuovo Areopago*, 19(2-3), 25 - 61.
- Grygiel, S. (2017). Experiência primordial. Em M. Mahfoud (Org.). “*Quem sou eu?*”: Um tema para a psicologia. (pp. 101 - 124) Belo Horizonte: Artesã.
- Husserl, E. (2008). *A crise das ciências europeias e a fenomenologia transcendental: uma introdução à filosofia fenomenológica*. (D. F. Ferrer, Trad.) Lisboa: Centro de Filosofia da Universidade de Lisboa. (Publicação original de 1954).
- Leite, R. V., & Mahfoud, M. (2015). Elaboração da experiência ontológica em Albert Schweitzer: análise fenomenológica de uma autobiografia. *Memorandum*, 28, 184 - 205. Disponível em <https://seer.ufmg.br/index.php/memorandum/article/view/6320>. Acesso em 12 out 2017.
- Mahfoud, M. (2012) *Experiência elementar em psicologia: aprendendo a reconhecer*. Brasília: Universa; Belo Horizonte: Artesã.
- Mahfoud, M. (2014). Coração como núcleo pessoal: contribuições de Luigi Giussani. Em A. Hoffmann; L. M. de Oliveira; M. Massimi. (Org.). *Polifonias do coração*. (pp. 117 - 138) Ribeirão Preto: Fumpec.
- Mahfoud, M. (2016). A estruturação da experiência segundo Luigi Giussani. *Estudos de Psicologia*, 33(3), 395 - 401. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/1982-02752016000300003> . Acesso em 12 out 2017.
- Mahfoud, M. (Org.) (2017). “*Quem sou eu?*”: Um tema para a psicologia. Belo Horizonte: Artesã.
- Mahfoud, M. (2017a). Autoconsciência no relacionamento com uma presença: “teu nome nascia do que fitavas”. Em M. Mahfoud (Org.). “*Quem sou eu?*”: Um tema para a psicologia. (pp. 69 - 109) Belo Horizonte: Artesã.
- Mahfoud, M. (2017b). Quem sou eu? Acontecimento pessoal na busca de completude. Em M. Mahfoud (Org.). “*Quem sou eu?*”: Um tema para a psicologia. (pp. 37 - 67) Belo Horizonte: Artesã.
- Mahfoud, M., & Massimi, M. (2008). A pessoa como sujeito da experiência: contribuições da fenomenologia. *Memorandum*, 14, 52 - 61. Disponível em www.fafich.ufmg.br/~memorandum/a14/mahfoudmassimi02.pdf . Acesso em 12 out 2017.
- Mahfoud, M., & Massimi, M. (2012). História, memória e processos de subjetivação para a vida da cultura e da civilização. Em M. Massimi. (Org.). *Psicologia, Cultura e História: perspectivas em diálogo*. (pp. 55 - 68) Rio de Janeiro: Outras Letras.

Martins, J. G. (2007). Experiência e subjectividade em Claude Romano. Em M. J. Cantista (Org.). *Desenvolvimentos da fenomenologia na contemporaneidade*. (pp. 167 - 213) Porto: Campo das Letras.

Moreno-Márquez, C. (1988). Experiencia ontológica e intersubjetividad en la fenomenología de E. Husserl. Tese de doutorado, Faculdade de Filosofia, Universidad de Sevilla, Sevilha (Espanha). Orientação de J. Villalobos. Disponível em <http://fondosdigitales.us.es/tesis/tesis/122/experiencia-ontologica-e-intersubjetividad-en-la-fenomenologica-de-husserl/> . Acesso em 12 out 2017.

Romano, C. (2008). *Lo posible y el acontecimiento*. (A. Fornari; P. Mena & E. Muñoz, Trad.) Santiago de Chile: Universidad Alberto Hurtado. (Publicação original de 2008).

Romano, C. (2012). *El acontecimiento y el mundo*. (F. Rampérez, Trad.). Salamanca: Sigueme. (Publicação original de 1998).

Stein, E. (2007). Ser finito y ser eterno: ensayo de una ascensión al sentido del ser. Em E. Stein. *Obras Completas. v. III: Escritos filosóficos: etapa de pensamiento cristiano*. (A. Pérez, J. Mardomingo & C. R. Garrido, Trad.; pp. 589 - 1201). Burgos: Monte Carmelo. (Originais de 1936).

von Balthasar, H. U. (2017). Quem sou eu?. Em M. Mahfoud (Org.). *“Quem sou eu?”: Um tema para a psicologia*. (pp. 13 - 35) Belo Horizonte: Artesã.

4. A RELAÇÃO ENTRE AUTENTICIDADE E CORPOREIDADE À LUZ DE EDITH STEIN

Achilles Gonçalves Coelho Júnior
Cristiano Roque Antunes Barreira

Introdução

O presente capítulo apresenta os resultados parciais da pesquisa em andamento que tem como objetivo examinar a noção de autenticidade na Fenomenologia de Edith Stein, explicitando o indispensável comparecimento da corporeidade como condição de possibilidade. Discutimos aqui como a noção de autenticidade é evidenciada na obra da fenomenóloga e confrontamos com outras tradições teóricas presentes na Psicologia. É uma pesquisa bibliográfica cujo presente recorte se fundamentou nas obras de Edith Stein intituladas *O problema da empatia; Contribuições para a fundamentação filosófica da Psicologia e Ciências do Espírito; Os intelectuais; A estrutura da pessoa humana e A filosofia existencial de Martin Heidegger*, tomadas em sua tradução italiana, e publicadas original e respectivamente em 1917, 1922, 1931, 1932-33 e 1936.

O fenômeno que nos interessa discutir nesse presente trabalho refere-se àquele da autenticidade, isto é, implica o enfrentamento do problema do que significa ser autêntico. O que significa ser si mesmo? Como a corporeidade comparece como condição de autenticidade?

O conceito de autenticidade tem sido tomado pela Psicologia Contemporânea a partir de vertentes diversas. Vários autores da Psicologia Contemporânea discutem a noção de autenticidade adotando uma ênfase em aspectos parciais da pessoa, partindo de uma antropologia, implícita ou explícita, que acentua apenas alguns de seus dinamismos. Nessa discussão, algumas teorias enfatizam os processos da dimensão psíquica, como ocorre nas abordagens psicanalíticas ou humanistas; outras teorias enfatizam os aspectos de um contexto social, como ocorre com a abordagem sócio-histórica ou a construcionista, ou mesmo a ênfase no aspecto psicossomático como acontece com a abordagem reichiana e a Bioenergética (Guignon, 2004).

A noção de autenticidade pode ser situada num contexto mais amplo a partir das reflexões de Charles Taylor (2011, 2013) a respeito do que tem chamado de cultura e ética da autenticidade. O autor aponta que, ao lado de um mal-estar contemporâneo, está a adoção da razão instrumental como critério de julgamento da experiência, marcando de forma redutiva o uso da liberdade, uma vez que desconsidera vários aspectos da experiência humana em favor de um cálculo das consequências das ações que se torna o critério racional prioritário. Assumidos pela sociedade tecnológica, ideais individualistas impulsionam o potencial do sujeito se expressar através de escolhas originais, o que passa por uma ruptura, não apenas com as convenções sociais, mas também dos laços humanos e da própria tradição. A possibilidade de um ideal moral de autenticidade acaba sendo confundida com um “desejo não moral de fazer o que se quer sem interferência” (p.31) e encontra nessa proposição seus apoiadores e opositores.

Inserindo-se no debate, Jurandir Freire Costa (2005) discute que no contexto social contemporâneo, a corporeidade passa também a ser valorizada como critério de posicionamento, uma vez que “os indivíduos urbanos elegeram o bem-estar e os prazeres físicos como a bússola moral da vida” (p. 132). Considerando o desencantamento dos valores sociais que guiavam a realização pessoal, com o advento da modernidade, o corpo

passa a ser o centro das atenções por assumir uma possibilidade de referência de um ideal de perfeição e de expressão de originalidade, onde o prazer seria a consequência buscada pela pessoa e tomada como fator de cálculo pela razão instrumental. O debate está longe de ser exclusivo da Psicologia, ampliando-se num vasto colóquio que abrange os campos da antropologia (Le Breton, 2003), da sociologia (Lipovetsky e Serroy, 2011), da história (Vigarello, 2006) e da filosofia (Queval, 2008; Galimberti, 2003).

Na tradição fenomenológica, em relação ao tema da autenticidade, foi Martin Heidegger (1927/2005) quem se tornou mais conhecido e divulgado no tratamento desse tema, influenciando inúmeros autores da Psiquiatria e Psicoterapia de inspiração fenomenológica e existencial na contemporaneidade. Em relação ao tema da corporeidade, não apenas Heidegger, mas, sobretudo, Maurice Merleau-Ponty (1945/1994) tem sido um dos autores mais citados no Brasil e sido referência no estudo de temas psicológicos envolvendo a corporeidade. Contudo, se considerarmos a fenomenologia clássica, Edith Stein – que havia iniciado sua carreira como assistente de Edmund Husserl – disponibilizou como ponto de chegada de suas pesquisas, preciosas contribuições para o estudo da autenticidade, da corporeidade e da relação entre elas. Nosso presente trabalho busca explicitar alguns desses aspectos aqui.

Buscamos dividir esta apresentação em três partes: primeiro, uma breve indicação sobre como a noção de autenticidade se apresenta nos textos aqui consultados de Edith Stein; segundo, como a corporeidade participa no processo da autenticidade, a partir da consideração alguns fenômenos específicos; terceiro, como a relação entre autenticidade e corporeidade pode ser apreendida em diferentes tipos de personalidade e, finalmente, a necessidade de pensar o problema da autenticidade a partir de um viés ético.

A noção de autenticidade

Adotando o método fenomenológico, Edith Stein favorece a compreensão da autenticidade considerando-a dentro de seu horizonte de complexidade que abarca traços de características permanentes da pessoa, informando a presença de um núcleo da alma originário e constitutivo, ao mesmo tempo que descreve como a dinâmica social e cultural intervém na formação de si mesmo. Destacamos aqui alguns momentos especiais que o tema vai se revelando nas obras aqui consultadas de Stein.

Já em *O problema da empatia*, sua tese de doutorado publicada em 1917, Edith Stein oferece preciosas descrições sobre o problema da autenticidade. Ao descrever o ponto de partida metodológico da análise da empatia, tomada em sua generalidade pura, nossa autora disponibiliza a descrição do fenômeno da empatia como via de acesso à subjetividade alheia, mas também à própria subjetividade, que nos ajuda a enfrentar o problema da autenticidade (Stein, 1917/1998). Ela parte de um primeiro sentido da individualidade, descrevendo-a como um Eu Puro, ou sujeito transcendental, seguindo as pegadas já traçadas pelo seu mestre Edmund Husserl. Nesse aspecto, o indivíduo é considerado em seu aspecto universal, considerado em sua *ipseidade* como um primeiro nível de ser si mesmo que não se refere às características particulares, mas ao fato de ser o sujeito da posse de algo que é seu, isto é, do sujeito de suas vivências. A análise da empatia começa revelando um sujeito cujas experiências empáticas pertencem a si mesmo e não a outro, uma vez que a vivência da empatia confronta o próprio fluxo das experiências desse sujeito com o fluxo de experiências

de um outro. O conteúdo captado na empatia é um conteúdo vivenciado por um outro, mas a vivência mesma da empatia é uma vivência de um Eu Puro que confrontado com o outro tem sua individualidade destacada, assim como Husserl (1931/2013) também descrevia na Quinta Meditação de suas *Meditações Cartesianas*.

Contudo, Stein (1917/1998) ressalta que apenas podemos começar a falar de um “Eu Individual” no momento em que as diferenças qualitativas dos conteúdos das vivências revelam que não apenas o eu é si mesmo e não um outro, mas que ele vive seus próprios conteúdos e a unidade de seu fluxo de consciência revela uma historicidade. A recordação de vivências que antecederam à vivência atual permite a identificação de uma unidade do fluxo de consciência do eu que revela um outro nível de individualidade, pois permite ao eu reconhecer-se não apenas como um outro, mas como um outro dotado de vivências de qualidades diferentes, possibilitando a identificação de características individuais que marcam a consciência de ser si mesmo, ressaltando as características próprias no confronto com um outro. O Eu individual é identificado como sendo constituído não apenas pela *ipseidade* do dar-se conta de que se é um sujeito diferente de um outro, mas também por suas vivências qualitativas próprias. Essa distinção qualitativa das vivências, inaugura, portanto, um segundo nível da individualidade. Podemos verificar que a utilização do método fenomenológico por Stein, ao percorrer o processo da vivência empática, permitiu uma explicitação gradativa de camadas da subjetividade, em diálogo com o tema da autenticidade adotado por nós como objeto de pesquisa. Neste nível fica também evidente o papel que joga o encontro com o outro, uma vez que a apropriação das experiências próprias só pode ocorrer mediante o confronto com a experiência de um outro. Para o reconhecimento da autenticidade, não basta uma reflexão solipsista.

Simultaneamente à identificação da diversidade de conteúdos que se apresentam nas vivências, a análise fenomenológica que Edith procedeu em relação à empatia revelou também uma maneira própria de vivenciar. Isto porque esta maneira própria, constante e subjacente a cada vivência também foi identificada como um aspecto próprio da subjetividade: trata-se da alma. Stein (1917/1998) identifica um tipo de estrutura peculiar presente em cada sujeito que caracteriza sua individualidade de uma maneira ainda mais profunda e específica. Identificar esta unidade anímica, apreendida não apenas no conteúdo do vivenciar, mas na modalidade mesma em que a vivência ocorre, nos ajuda a compreender quais os elementos que podem caracterizar a peculiaridade individual. Os exemplos apontados, como a acuidade dos sentidos, a intensidade dos sentimentos ou até mesmo a vivacidade das ações, surgem como algumas possibilidades de se captar aqueles traços relativamente estáveis que acompanham o ser de cada indivíduo, o ser si mesmo já reconhecido nos passos anteriores.

Identificamos que a empatia revela que o outro é constituído não apenas por um corpo próprio vivo, mas também de uma vida interior que sente e reage diante do que é percebido. Uma expressão diferenciada dessa interioridade revela, porém, um aspecto qualitativamente diferente que retrata uma dimensão espiritual. Trata-se de uma dimensão cujas vivências do outro apresentam um livre decidir e posicionar diante dos conteúdos internos e externos, uma dimensão que é identificada por Stein como uma nova camada, uma outra dimensão da interioridade. Nesse aspecto, não se apreende mais somente uma dinâmica de um indivíduo psicofísico, mas de uma “pessoa espiritual” (Stein, 1917/1998, p.173). Falar em pessoa espiritual significa reconhecer um conjunto de vivências que apreendem não apenas um mundo material, mas um mundo de valores que colorem de sentido cada vivência

propriamente psíquica e espiritual. Os objetos espirituais apreendidos nesses atos, ou seja, os valores e ações realizadas, expressam uma peculiar visão de mundo pessoal, manifesta na qualidade de sua percepção dos valores ou de sua criatividade. A pessoa espiritual capta os valores que são revelados nos objetos, através dos sentimentos espirituais, mas também expressa valores em sua ação. Uma boa ação apreendida empaticamente em um outro, pode revelar algo do que seja a bondade mesma, ao mesmo tempo que demonstra que a pessoa do outro pode expressar esse valor em suas obras. Assim, beleza, verdade, justiça, entre outros valores, são correlatos da vida espiritual própria e alheia.

Apesar de em sua primeira obra Edith já apontar o reconhecimento de um aspecto central e essencial da alma, considerada como “alma da alma” (Stein, 1917/1998), na obra *Contribuições para uma fundamentação filosófica da Psicologia e Ciências do Espírito*, publicada em 1922, que Stein oferece novas e aprofundadas descrições. Ao descrever as características da personalidade individual, Edith explica que a pessoa não se reduz ao seu corpo ou à sua alma, mas constitui-se como pessoa nesta unidade, explicitando ainda que a pessoa se apropria das vivências corporais e anímicas através de seu centro espiritual, de onde partem também os atos pessoais (Stein, 1922/1999c). A ação humana brota de um centro pessoal, mas nem sempre porta em si uma “nota pessoal”, o que presume a compreensão de que muitas ações, por outro lado, podem carregar uma nota pessoal. Aquilo que a pessoa é em sua singularidade pode ser reconhecido em algumas ações específicas, mas não em todas. Agir sempre de forma pessoal a partir do seu centro espiritual não significa necessariamente agir de maneira autêntica expressando sua “nota pessoal” em suas ações.

“Se consideramos esta raiz ou este núcleo como o elemento que modela e forma o ser do indivíduo, é evidente que nem todos os seres e os acontecimentos corpóreos e psíquicos são formados originariamente pelo núcleo” (Stein, 1922/1999c, p. 246, tradução nossa). Stein reconhece que muitos processos de desenvolvimento não levam o selo pessoal, não nascem do “si mesmo central”, ainda que configurem a totalidade da pessoa. O que não seria moldado a partir do núcleo? Tudo aquilo que não for expressão do anímico estaria fora deste selo do núcleo pessoal. Em relação à corporeidade, não carregaria a marca dessa pessoalidade, dessa “nota pessoal”, aquelas experiências que imprimem sensações a partir de estímulos externos e mobilizam apenas superficialmente a experiência pessoal. Da mesma forma, em relação à vida psíquica, quando vivências psíquicas apresentam apenas como um estímulo provocando reações afetivas ou comportamentais, a resposta não estaria partindo do seu centro pessoal. Assim, a sensibilidade, o entendimento e os afetos, ou em outras palavras, as sensações, os pensamentos e os sentimentos podem se apresentar como mera reação ou reprodução de hábitos sem levar em conta a participação da vida íntima pessoal. A alma, comparada com o corpo físico, pode apenas ser tocada de maneira periférica, superficial e externamente, ou pode ser tocada central, interna e profundamente.

Considerando então que nem toda ação humana carrega em si esta “nota pessoal”, o problema que nos interessa muito na Psicologia – na busca do favorecimento dos processos de subjetivação – seria identificar o que poderia contribuir para que esta autenticidade pessoal se manifeste na experiência. Para que uma determinada disposição originária possa se expressar, ou seja, para que aquilo que é mais singular no ser humano possa se revelar a partir do núcleo pessoal, são necessárias “determinadas circunstâncias externas” (Stein, 1922/1999c, p. 251, tradução nossa). Não se trata de qualquer circunstância, mas de circunstâncias e acontecimentos específicos que disponibilizem à pessoa um encontro com

o âmbito de valores aos quais ela possui maior sensibilidade e capacidade de acolhimento. Tomando o exemplo da autora, para que um talento artístico se expresse seria necessário o contato com valores estéticos. Contudo, onde e como a pessoa pode apreender tais valores, não pode ser definido *a priori*. Uma pessoa pode estar em um museu e, diante de uma exposição de arte, não ser ainda tocada por valores estéticos pelo fato de as circunstâncias de sua educação não terem favorecido uma abertura de experiência naquele momento ou por não conseguir acolher a tomada de posição espontânea que surge na contemplação daquela obra de arte específica. Por outro lado, a mesma pessoa diante da contemplação de um espetáculo de dança, ou mesmo da prática de uma dança, pode chegar a ser capturada pela beleza e harmonia dos movimentos de maneira que é tocada profundamente.

É impossível dizer o que poderia servir à alma para sua revelação. Toda e qualquer coisa pode, de repente, entrar em uma profundidade na qual até agora nada era capaz de penetrar. Se isto acontece, não se vem a formar esta ou aquela capacidade, mas é toda a riqueza da alma que se derrama na vida atual e aparece nela, e agora a vida se faz “cheia de alma”. Se passamos a observar, por contraste, o comportamento “como que sem alma” do qual falamos antes, vemos agora uma série de possibilidades. A partir do momento em que a profundidade da alma não esteja ainda revelada, a vemos [a pessoa] absorvida nas vivências periféricas. Mesmo os afetos que reivindicam “verdadeiramente” o direito a serem vividos em profundidade, se exaurem apenas em uma dimensão periférica; o indivíduo, todavia, não vive isso como uma falta enquanto ele não conhece a sua profundidade pessoal. (Stein, 1922/1999c, p. 251, tradução nossa).

Quando uma pessoa é tocada pelos valores de uma maneira profunda, o que acontece não é a criação de uma nova qualidade em si mesma, mas uma mobilização mais profunda de si mesma. Trata-se de ser tocada em seu íntimo, em seu núcleo pessoal, e quando isso acontece a pessoa se torna “cheia de alma” [*seelenvoll*]. Stein descreve um tipo de experiência onde aquilo que é mais original da pessoa vem à tona e marca cada vivência decorrente no fluxo. A intensidade das sensações, da memória, do pensamento, dos afetos e da própria ação, carrega em si esta marca da “nota pessoal”. Um fluxo de energia espiritual fortalece cada vivência específica da pessoa, de maneira que ela pode reconhecer que algo novo está acontecendo em si mesma. É justamente neste contexto que podemos reconhecer uma tomada de posição autêntica e genuína diante da realidade externa e diante das vivências que são mobilizadas a partir de seu íntimo. Quando a pessoa vive desta maneira, quando a alma está desperta e enche de vida a pessoa, então as novas energias afluem para a vida espiritual e “o mundo se abre de novo” diante do indivíduo que vivencia. Atualizar a própria personalidade, isto é, uma personalidade autêntica só é possível quando o indivíduo vive o encontro com os valores que ativam as possibilidades mais singulares inscritas em seu núcleo. Assim, ele pode tornar-se autêntico ou adotar um simulacro de personalidade ou personalidade falsa, porque imitadora de aspectos externos de um modelo, ou ainda uma personalidade que vivencia “sem alma” ou superficialmente cada encontro que faz com as circunstâncias externas (Stein, 1922/1999c).

Eis uma descrição precisa do aspecto mais autêntico da pessoa.

Como a corporeidade participa no processo de autenticidade

A corporeidade não apenas se mostrou como via de acesso à compreensão da autenticidade, ou seja, tomada em seu aspecto expressivo que pode conduzir ao reconhecimento daquilo que seria uma “nota pessoal” ou um “selo pessoal”, mas também pode ser compreendida em seu aspecto constitutivo da autenticidade, uma vez que, compondo a unidade da estrutura da

pessoa, oferece o material essencial para ser formado pelo eu. O corpo comparece como condição indispensável para ser si mesmo. Na medida em que a pessoa não apenas reage às situações, mas dirige seu olhar espiritual para os dados de sensação e para os estados corporais que lhe são oferecidos, ocorre aí tanto um reconhecimento de sinais de sua singularidade, como também a possibilidade de atualizar seu potencial mais originário através das tomadas de posição diante dos objetos apreendidos pela sensação ou pelos sentimentos sensíveis.

Alguns fenômenos específicos que se expressam na corporeidade podem nos dar vestígios dessa hipótese que aqui discutimos. A título de exemplo, apontamos a descrição que Stein (1922/1999c) realiza da energia vital.

Um tipo de classe específica de vivência que é apreendida pelos sentimentos corporais são os estados vitais. Os estados vitais, como por exemplo cansaço, excitação, esgotamento ou euforia, expressam a tensão própria da unidade psicofísica de um indivíduo em um determinado momento, favorecendo ou dificultando todo o conjunto de vivências sensíveis e espirituais que seguem a este momento do organismo. Este tipo de vivência é capaz de exercer um condicionamento na dimensão psíquica, conforme descreve Stein (1922/1999c):

Se me sinto cansado, agora o fluxo vital resta, por assim dizer, bloqueado; arrasta-se lentamente e tudo aquilo que entra nos vários campos de sentido nos atinge: as cores são desbotadas, os sons emudecidos e cada 'impressão', cada dado que é imposto ao fluxo vital, por assim dizer, contra a vontade, é doloroso, indiferente, cada cor, cada som, cada contato 'faz mal'. Dissipada a fadiga, assume também nas outras esferas uma transformação e, no momento no qual recupera o frescor, o fluxo inicia a pulsar de forma vivaz, avança sem freio e tudo isto que se apresenta carrega consigo unicamente o sopro do frescor e da alegria. (Stein, 1922/1999c, p.50, tradução nossa)

Trata-se de um tipo de condicionalidade, ou causalidade psíquica, que exerce uma interferência direta na maneira em que são vivenciados os conteúdos, bem como no tipo de conteúdo que possa ser buscado ou rejeitado nas vivências pessoais. O tipo de intensidade, de tensão e de vitalidade expressa nas vivências pessoais, muitas vezes identificadas como características próprias e autênticas de uma pessoa, dada a frequência em que pode se encontrar nesta situação, na verdade expressa um estado vital mutável. Ao invés, seguindo as análises steinianas, poderíamos afirmar que o estado vital na verdade pode favorecer ou convocar a expressão da autenticidade mesma. Em um estado vital marcado pela abertura e intensidade das vivências, em um momento de alegria por exemplo, traços autênticos da pessoa podem se expressar mais livremente, bem como a direção exercida pela pessoa a buscar conteúdos vivenciais que lhe são mais valiosos, mediante a vontade livre ou propósito. Por outro lado, em momentos em que a pessoa vivencie um estado vital que dificulte sua receptividade ou expressividade, como por exemplo ao se sentir cansada, a pessoa ainda assim pode expressar sua autenticidade na maneira com a qual ela se posiciona diante deste estado vital, na maneira como ela reage aos valores acolhidos em sua interioridade ou até mesmo como cumpre um fazer – uma ação livre – originada de um propósito. O estado vital é tomado como ponto de partida necessário para os posicionamentos mais autênticos de uma pessoa. É justamente diante de um determinado tipo de estado vital que advertimos os posicionamentos mais genuínos.

A força vital de cada indivíduo é diferente, não só conforme as condições que se dão de vez em quando, mas também porque a máxima [força] de alguém pode não coincidir com aquela de um outro. É também possível que a um indivíduo, em determinados estados favoráveis de sua força vital, sejam negados alguns desempenhos, embora sejam acessíveis a outros (Stein, 1922/1999c, p.70, tradução nossa)

Os sentimentos vitais, revelando-se não mais apenas como vivências de sentimentos, mas revelando seu correlato identificado como energia vital de um estado, apontam para uma unidade de energia presente em cada indivíduo, que muda em sua qualidade e intensidade, embora nunca deixe de se apresentar. Esta energia vital é diferente em cada pessoa, tanto no que se refere à sua qualidade mais ou menos estável - cansaço ou agilidade, por exemplo - quanto no que se refere à sua quantidade de tensão e mobilização de forças. Edith apreende que a energia vital se mostra como causa do acontecimento psíquico, não como um tipo de causalidade mecânica, mas uma causalidade necessária ou qualitativa. Isto porque todas as conexões das vivências dependem, em maior ou menor medida, da qualidade da energia vital disponibilizada em um determinado estado e consomem ou repõem uma certa quantidade dessa energia. Essa energia, única em cada indivíduo, ainda que submetida a um tipo de causalidade, não impede a expressão dos aspectos singulares de uma pessoa, mas, ao contrário, oferece justamente o contexto onde a singularidade pessoal pode ser expressada. Por estar condicionadas à energia vital, a intensidade da modalidade em que se vivencia algo pode sofrer uma mudança entre um indivíduo ou outro, mas não chega a modificar as qualidades inerentes ao seu núcleo pessoal, que não sofre mutações mediante esses estados vitais. O que uma pessoa é capaz de fazer no ápice de sua energia vital explicita ainda mais as diferenças pessoais existentes entre os indivíduos. A direção dos atos livres, dos propósitos, a profundidade em que os valores são acolhidos na interioridade da pessoa, bem como a profundidade de onde se originam os atos, ainda que afetados pela intensidade da energia vital, revelam não apenas o estado vital mesmo, mas as características mais singulares de cada um.

Nesse contexto de discussão, podemos verificar como a corporeidade comparece, por meio do estado vital, compondo não apenas a condicionalidade das vivências de um fluxo da pessoa espiritual, mas se apresentando como condição facilitadora ou como marco de identificação da singularidade da expressão de si mesmo. A energia vital, que preenche todo o indivíduo psicofísico, revela um estado corporal que é vivenciado pela pessoa dentro da composição de sua personalidade, em sua expressão autêntica ou falseada. Contudo, nem todo estado vital favorável à expressão da singularidade da pessoa se apresenta como estado autêntico.

Autenticidade e tipos de personalidade

As análises steinianas permitem não reduzir o problema da autenticidade a um único modelo de personalidade, nem aquele hegemonicamente valorizado na modernidade - conforme discutiu Taylor (2011) e Guignon (2004) citado na introdução - ou em um modelo idealizado a partir de algum sistema teórico. Stein, em sua descrição da subjetividade, acolhe as várias possibilidades de vivências autênticas e vários tipos de personalidades que podem ser apreendidos como autênticos a partir de uma análise que leve em conta o núcleo pessoal, bem como o contexto sociocultural no qual a pessoa está inserida.

Em uma palestra proferida em 1930, traduzida para o italiano sob o título de *Os intelectuais*, Edith Stein (1931/2015) retoma a noção de microcosmo de São Tomás de Aquino, confrontando com os achados das análises fenomenológicas husserlianas e daquelas realizada por ela mesma, discutindo como as dimensões da corporeidade, da psique e do espírito são ativadas de maneira específica em cada pessoa. Os aspectos antropológicos

explicitados como os sentimentos, intelecto e vontade são colhidos em formas típicas de expressão e reagrupados em uma tipologia de personalidades. Nessa obra Stein descreve alguns tipos de personalidade como o tipo impulsivo (age movido por impulsos sem adoção de fim claro), o prático (seguem os instintos na direção de fins setoriais), os intelectuais (subdividindo-os em tipos que se dedicam a problemas teóricos sem preocupação com a prática, aqueles que possuem ideias geniais e que podem possuir ou não uma capacidade lógico-sistemática ou de transmissão da tradição), o tipo simples (que colhe interiormente o valor e significado da vida) e ainda aquele tipo volitivo-factível (prevê aquilo que poderia e deveria ser e se empenha em transformar o mundo).

Como nos lembra Ales Bello (2017), em recente publicação que discute o tema do feminino e do feminismo, Edith Stein também se dedica à descrição de tipos de personalidade essencialmente femininos. Em sua antropologia dual, reconhece que ser uma pessoa autêntica implica em considerar ainda as especificidades da dinâmica da corporeidade, da psique e do espírito, bem como a maneira como estas dimensões se relacionam, de maneira típica na mulher e no homem. Decerto, Stein (1932/1999a) já reconhecia que os traços essenciais femininos e masculinos não são exclusivos de uma pessoa de um determinado sexo, mas que esses podem ser apresentados tanto em homens quanto em mulheres, uma vez que se tratam de traços potencialmente disponíveis da alma do ser humano. Contudo, não deixa de reconhecer em suas análises que existe uma maneira tipicamente feminina e masculina de ser. De modo a contextualizar, é relevante pontuar que “Stein se inspira na classificação dos tipos femininos propostos por Else Croner, na qual havia identificado o tipo materno, o tipo erótico, aquele romântico, aquele frio e, enfim, o tipo intelectual” (Ales Bello, 2017, p.50).

Vale apontar que também a pertença a uma comunidade familiar, confessional ou a um povo, marca tipicamente uma maneira de ser pessoa. Se por um lado é comum considerar apenas os traços individuais, prescindindo de uma reflexão sobre como a pertença a uma comunidade influencia diretamente a personalidade de uma pessoa, Stein nos recorda que, em algumas situações, a comunidade de pertença de um indivíduo sai do oculto e os traços típicos comuns a outros indivíduos, em função de suas relações sociais, são explicitados e considerados como via de identificação de características estáveis da pessoa que ela compartilha com outros.

Portanto, considerar a possibilidade de ser si mesmo solicita o reconhecimento de um dinamismo específico da pessoa, cuja consideração de tipos pode favorecer o conhecimento dos traços mais autênticos, não porque as características autênticas se resumam a estes traços típicos, mas sim porque estes favorecem um reconhecimento mais intuitivo de uma delimitação da singularidade. Contudo, reconhecer e atribuir uma tipologia de personalidade a uma pessoa ainda não esgota o problema da autenticidade. Isso porque dentro do singular conjunto de traços típicos, cada pessoa é solicitada a se posicionar diante das provocações feitas pelo seu contexto social, bem como pelos dinamismos de sentimentos, impulsos e reflexões. Aqui emerge um problema propriamente ético e suas consequências educativas no conjunto de considerações sobre a autenticidade.

Fenomenologia e ética da autenticidade

A relação entre sentir, querer e agir é comumente tratada pela disciplina da ética, conforme adverte Stein (1919-32/2001) em sua *Introdução à Filosofia*. Ser si mesmo e agir guiado pela própria

experiência, o que geralmente tem sido um lema da cultura contemporânea sobre o significado da autenticidade, não pode ser reduzido a seguir as tendências e impulsos decorrentes da dinâmica psicofísica, uma vez que restringiria o ser humano a apenas uma parte do que lhe é constitutivo. Não se trata de reduzir a autenticidade a seguir os sentimentos, porque, se por um lado eles podem ser vividos de maneira autêntica e como via de identificação de valores, os sentimentos também podem ser apenas resultado de um processo de contágio ou de uma dinâmica psíquica decorrente de um impulso ou hábito.

Se tomarmos os tipos de personalidade mencionados acima, reconhecemos mais claramente o problema ético que vem à tona. Por exemplo, assumir a própria impulsividade, praticidade, eroticidade ou romantismo, apesar de compor traços autênticos de uma pessoa, uma vez que se apresentam dentro de uma continuidade temporal estável na maneira de vivenciar cada objeto, não significa ainda que o que é mais próprio de uma pessoa, isto é seu núcleo pessoal, esteja sendo ativado em todas as vivências. A habitualidade e a dimensão psíquica não são por si sós o critério de autenticidade. A capacidade de ser tocado em seu centro pessoal pelos valores inerentes aos objetos apreendidos e, a partir desta captação, posicionar-se e agir em conformidade com os valores apreendidos, demonstram ser a maneira mais autêntica de viver. Em uma situação assim, a complexidade da pessoa vem ativada (vivências da corporeidade, da psique e do espírito) ao mesmo tempo em que a realidade mesma é considerada em sua dimensão valorativa e intersubjetiva. Porém, atualizar essa potencialidade não é algo que se atinja sem um caminho de formação vivido comunitariamente.

Em uma palestra ocorrida em Zurique, na Organização Feminina Católica, Stein (1932/1999a) advertiu:

Por isso é importante educar para a autenticidade dos sentimentos, para aprender a distinguir a aparência da realidade fora e dentro da própria alma. Isso é impossível de realizar sem um verdadeiro treinamento do intelecto. As meras emoções precisam ser transformadas em conhecimento de valores, em que intelecto e afetividade cooperam de uma determinada maneira. (...) Quem tem clareza sobre as razões que o fazem chamar algo de belo ou de bom, não aceitará sem mais as posições dos outros. Para distinguir o verdadeiro do falso na própria alma importa, além da crítica do intelecto, o contato com a prática. (Stein, 1932/1999a, p.123).

Aqui a ética não é pensada apenas como uma ação correspondente a valores morais apreendidos na experiência, isso porque os sentimentos espirituais captam também valores como a beleza, a justiça, a bondade, a verdade, entre outros. A atitude ética fundada na adequada reflexão dos sentimentos, como também apontava Max Scheler (1913/2001), requer uma atitude que pode brotar do próprio centro pessoal que responde aos valores apreendidos, afirmando-os no tipo de posicionamento prático das escolhas que dele nascem. Apenas em uma atenção com a prática, com a pessoa em ação, inserida em uma situação social e cultural concreta, que podemos apreender os aspectos autênticos ou falseados em que uma pessoa vive sua biografia.

Na obra *Estrutura da pessoa humana*, vale ainda ressaltar, Stein (1932-33/2000) ainda destaca que o ser humano “pode e deve formar a si mesmo” (p.124, tradução nossa). Não se trata de desconsiderar o papel da cultura e das circunstâncias externas no processo de desenvolvimento pessoal, mas de ressaltar o protagonismo pessoal que acolhe, julga e se posiciona em meio a tais circunstâncias. Poder formar a si mesmo explicita a liberdade espiritual da pessoa que, por via racional e intelectual, julga a realidade e pode se posicionar

voluntariamente “tomando na mão si mesmo”, conduzindo o corpo e a alma a desenvolver seu próprio potencial. Assim, a dimensão ética da autenticidade vai se revelando. Dever formar a si mesmo requer uma direção ou objetivo para a formação de si mesmo, não uma ideia ou modelo abstrato de humanidade, mas uma tomada de posição autêntica em cada circunstância, decorrente de um juízo de valor operado pela própria consciência que compara as exigências do valor com o próprio núcleo pessoal.

Viver autenticamente significa realizar as possibilidades mais próprias e satisfazer as exigências do instante, das condições de vida dadas em cada caso. Mas, como devemos compreender isso senão no sentido da realização de uma essência ou de uma característica que é dada com o homem (isto é, com a qual é lançado no Existir), mas que tem necessidade da participação livre para sua realização, tendo sido confiada a ele? O que pode significar o agarrar o instante e a situação senão o compreender uma ordem ou um plano que o homem não projetou a partir de si, mas no qual ele é incluído e no qual deve assumir seu papel? (Stein, 1936/1999b, p.196, tradução nossa).

Considerações finais

O resgate histórico da obra de Edith Stein que vem ocorrendo no Brasil, nos últimos anos, tem favorecido retomar o exame de vários temas centrais para psicologia, a partir de uma perspectiva da Psicologia Fenomenológica, assim como projetava originalmente o próprio Edmund Husserl (Ales Bello, 2013, 2016). Discutir o tema da autenticidade a partir das contribuições steinianas, propicia uma consideração deste fenômeno em sua complexidade, sem reduzi-lo apenas a uma das dimensões estruturais do ser humano. O exame desse tema a partir da fenomenologia clássica de Stein possibilita o reconhecimento de que o caráter de universalidade do ser humano, explicitado ao adotar como ponto de partida a estrutura do sujeito transcendental, favorece elementos para reconhecer o que realmente é singular e próprio em cada pessoa. Isso não significa desconsiderar os aspectos histórico-sociais presentes no processo de formação da pessoa, ao contrário, disponibiliza critérios teóricos que podem ser adotados pela Psicologia, enquanto ciência e profissão, como auxílio para identificar a maneira mais singular em que cada pessoa se apropria de sua história.

Nesse caminho, a corporeidade se apresenta como uma dimensão indispensável a ser examinada, se pretendemos compreender o que significa ser autêntico. Tomando como exemplo a discussão de Stein a respeito da energia vital, podemos identificar que o corpo comparece não apenas como via de expressão da autenticidade pessoal, mas ele mesmo é condição de possibilidade para constituição da autenticidade. A intensidade das vivências afetivas, advertidas na corporeidade pela intensidade sentida dos valores apreendidos na relação com os objetos e com as pessoas, informa os aspectos mais autênticos que emergem no encontro com a realidade. Sem a apreensão desses aspectos, não seria possível reconhecer a maneira própria que apreendemos nossa própria história e, criativamente, continuamos a construí-la com uma marca pessoal.

Cada pessoa é autêntica à sua maneira. Ainda que o contexto sociocultural intervenha nos processos de formação identitários, ainda que os aspectos presentes na constituição biológica de uma pessoa, ou ainda, ainda que sua biografia condicione vários tipos de hábitos que componham a personalidade de uma pessoa formando um determinado tipo, é através do posicionamento pessoal autêntico e guiado pelo núcleo pessoal que a autenticidade da existência é construída. Assim, contexto social, bem como os traços estáveis de uma pessoa

apreendidos nas vivências psíquicas, corpóreas ou espirituais devem ser examinados cuidadosamente em confronto com o núcleo pessoal, fonte dos posicionamentos mais autênticos e dos traços mais singulares de cada ser humano.

Assumir-se autenticamente como se é, inclui, ainda, a apreciação do aspecto ético que transpassa cada posicionamento. Sem um cuidadoso exame do âmbito da ética, a discussão da autenticidade poderia servir apenas para uma justificativa de um processo de autoafirmação, onde o relativismo e subjetivismo sustentariam ações que poderiam ser o prenúncio de uma negação da dignidade humana. Portanto, é a partir das vivências corporeidade que a autenticidade tem a possibilidade de se formar através delas, em seu caráter de expressividade, que a autenticidade pode ser reconhecida. A corporeidade passa a ser examinada como via de acesso para a compreensão da autenticidade. Eis um novo convite à Psicologia e aos psicólogos, que surge da obra de Edith Stein: retomar a corporeidade como possibilidade de leitura de quem é a pessoa autêntica em sua unidade estrutural e nos posicionamentos originais diante dos valores que a vida apresenta.

REFERÊNCIAS

ALES BELLO, A. **Il senso dell'umano**: tra fenomenologia, psicologia e psicopatologia. Roma: Castelvecchi, 2016.

ALES BELLO, A. Prefácio. Em MAHFOUD, M.; MASSIMI, M. (Orgs.). **Edith Stein e a psicologia**: teoria e pesquisa. Belo Horizonte: Artesã Editora, 2013. p.9-13.

ALES BELLO, A. **Tutta colpa di Eva**: antropologia e religione dal femminismo alla gender theory. Roma: Castelvecchi, 2017.

COSTA, J. F. **O vestígio e a aura**: corpo e consumismo na moral do espetáculo. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

GALIMBERTI, U. **Il corpo**. Milano: Giangiacomo Feltrinelli Ed, 2003.

GUIGNON, C. **On Being Authentic**. London; New York: Routledge, 2004.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. Tradução de M. S. C. Schuback. 13ª ed. Petrópolis: Vozes; Bragança Paulista: Universidade São Francisco, 2005. Parte I e II. (Original publicado em 1927)

HUSSERL, E. **Meditações cartesianas e conferências de Paris**. Tradução de Stephan Strasser. Rio de Janeiro: Forense, 2013. (Original publicado em 1931).

LE BRETON, D. **Adeus ao corpo**: Antropologia e sociedade. Tradução de M. Appenzeller. Campinas: Papirus, 2003.

LIPOVETSKY, G.; SERROY, J. **A cultura-mundo**: resposta a uma sociedade desorientada. Tradução de M. L. Machado. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. Tradução de C. Moura. São Paulo: Martins Fontes, 1994. (Texto original publicado em 1945)

QUEVAL, I. **Le corps aujourd'hui**. Montreal: Éditions Gallimard, 2008. (Collection Folio Essais).

SCHELER, M. **Etica**: nuevo ensayo de fundamentación de un personalismo ético. 3a ed. rev. Tradução de H. R. Sanz. Madrid: Caparros Editores, 2001. (Original publicado em 1913).

STEIN, E. A vida cristã da mulher. Em E. Stein. **A mulher**: sua missão segundo a natureza e a graça. Tradução de A. J. Keller. Bauru: Edusc, 1999a. p.105-133 (Original publicado em 1932)

_____. **Gli intellettuali**. Introdução de A. Ales Bello; Tradução de A. Togni. Roma: Castelvecchi, 2015. (Original publicado em 1931)

_____. **Il problema dell'empatia**. 2ª ed. Tradução de E. Costantini. Roma: Edizione Studium, 1998. (Original publicado em 1917)

_____. **Introduzione alla filosofia**. Tradução de A. M. Pezzella. 2ª ed. Roma: Città Nuova, 2001. (Originals de 1919 a 1932, Publicação póstuma de 1991)

_____. La filosofia esistenziale di Martin Heidegger. Em E. Stein. **La ricerca della verità**: dalla fenomenologia alla filosofia cristiana. Tradução de A. M. Pezzella. Roma: Città Nuova, 1999b. p.153-226. (Original publicado em 1936)

_____. **La struttura della persona umana**. Tradução de M. D'Ambra. Roma: Città Nuova, 2000. (Original publicado em 1932-33, Publicação póstuma de 1994)

_____. **Psicologia e scienze dello spirito**: contributi per una fondazione filosofica Tradução de A. M. Pezzella. Roma: Città Nuova, 1999c. (Original publicado em 1922)

TAYLOR, C. **A ética da autenticidade**. Tradução de T. Carvalho. São Paulo: É Realizações, 2011. (Original publicado em 2010).

_____. **As fontes do self**: a construção da identidade moderna. Tradução de A. U. Sobral e D. de A. Azevedo. São Paulo: Loyola, 2013. (Original publicado em 1994).

VIGARELLO, G. **História da beleza**: O corpo e a arte de se embelezar, do renascimento aos dias de hoje. Tradução de L. Schlafman. Rio de Janeiro: Ediouro, 2006.

Seção II
Experiências e pesquisas em Fenomenologia, Psicologia e
Saúde
Achiles Gonçalves Coelho Júnior
Ewerton Helder Bentes de Castro

5. VIVÊNCIAS DE PROFISSIONAIS EM SUAS PRÁTICAS NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO EXTREMO NORTE DO PAÍS: REFLEXÕES DA FENOMENOLOGIA

Joelma Ana Gutiérrez Espíndula
Katyanne Melo da Silva

Introdução

A política Nacional de Saúde Mental no Brasil apresenta uma série de estratégias e normativas que devem ser adotadas por instituições públicas de saúde, em todo o território nacional. O objetivo é organizar o serviço prestado aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), que apresentem necessidades de cuidados específicos em saúde mental. Atualmente, todas as ações são pautadas pelos objetivos da Reforma Psiquiátrica. Apesar de contar com diretrizes para atuações, ao olharmos para a realidade dos Centros de Atenção Psicossocial e para outras instituições, percebem-se dificuldades para a prática de tais normativas. Tais problemas perpassam pelos aspectos que envolvem o cuidado em saúde mental. Este capítulo é fruto da pesquisa “Vivências de Profissionais que atuam na Rede de Atenção à saúde mental em Boa Vista-Roraima”, desenvolvida por meio da bolsa de iniciação científica da Universidade Federal de Roraima. Apresentaremos, aqui, o recorte de uma pesquisa, cujo objetivo foi compreender as práticas desenvolvidas por psicólogos e por outros profissionais que atuam nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), do município de Boa Vista-RR, na perspectiva dos padrões da Reforma Psiquiátrica (RP) e da fenomenologia de Edith Stein. Este estudo está vinculado ao projeto: *Estudos em saúde e saúde mental do usuário, da família, do profissional e do trabalhador na rede e na comunidade: um olhar da Psicologia*, cadastrado na Universidade Federal de Roraima, coordenado pela professora Joelma Ana Gutiérrez Espíndula.

Os dados utilizados para o desenvolvimento deste capítulo são resultados da realização de uma pesquisa de campo de abordagem qualitativa, que utilizou como instrumento de coleta de dados entrevistas semiestruturadas realizadas com o sujeito. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Roraima - UFRR, sob o parecer N° CAAE: n. 53986616.5.0000.5302. Em seguida foi encaminhado um pedido de autorização à Secretaria de Estado da Saúde, somente após a autorização, foi iniciada a coleta de dados. Foram entrevistados 07 (sete) profissionais de saúde que concordaram em participar voluntariamente da pesquisa. Entre os profissionais, estavam 02 (duas) psicólogas, 02 (dois) Educadores Físicos, 02 (dois) Pedagogos, 01 (uma) Enfermeira. Os critérios de inclusão foram estes profissionais atuarem em algum CAPS pelo menos dois anos e após o objetivo da pesquisa ser apresentado, aceitarem assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As instituições que colaboraram com a pesquisa foram um CAPS III e um CAPS AD III. Ambos funcionam sob a administração da Secretaria de Estado da Saúde (SESAU). O CAPS III foi inaugurado em 2013 por meio da determinação do Ministério da Saúde. Seus profissionais, em sua maioria, saíram da Unidade Integrada de Saúde Mental (UISAM), onde as atividades do CAPS estavam funcionando temporariamente, localizada ao lado do Hospital Coronel Mota.¹ O CAPS AD III foi implantado na capital, a partir de autorização da resolução CIB/RR N° 15/2012, no ano de 2012.

¹ Informação concedida pela Diretora do CAPS III durante realização das entrevistas em 2016.

Ao desenvolver esta pesquisa, partimos da consideração de que, para pensar a prática de profissionais de saúde, é preciso lançar mão de uma filosofia que não estabeleça a dicotomia saúde/doença. A partir desta compreensão, propomos a fenomenologia como forma de contribuição para as ciências da saúde, pois, com base em uma atitude fenomenológica, busca-se “fixar a atenção nas coisas mesmas” (etapa do método fenomenológico da redução eidética de Husserl) e, por meio da descrição dos fenômenos, construir uma leitura compreensiva dos significados dos modos dos profissionais atuar nos CAPS. Com isso, por meio das entrevistas (redução fenomenológico-psicológica), busca-se a maneira como o fenômeno é apreendido pelo sujeito.

Esta compreensão poderá contribuir com práticas que visem o cuidado integral dos usuários dos serviços dos CAPS, visto que a fenomenologia possibilita um olhar para além da patologia e do sofrimento e para a busca do outro na sua singularidade e intersubjetividade. Este estudo almeja compreender os modos de ser-no-mundo dos profissionais nas práticas em Saúde mental. Em busca de respostas, a partir dos objetivos acima expostos, foram feitas algumas indagações: *como se constitui a vivência do sujeito (psicólogo e outros profissionais de saúde) com o mundo (pacientes, familiares e trabalhadores) dos CAPS? Quais os fatores que influenciam no atendimento clínico das pessoas com transtorno mental que refletem na dificuldade de lidar com o outro?*

Considerando todos estes aspectos, a análise de dados foi realizada através do método fenomenológico. Durante a análise dos dados, inicialmente foram realizadas as transcrições na íntegra das entrevistas dos participantes. Posteriormente, seguiram-se os quatro passos sugeridos por Giorgi e Sousa (2010), que consistem em realizar a análise de modo a estabelecer o sentido geral das narrativas, depois a determinação das partes (estabelecer as unidades de significado), para, em seguida, realizar a transformação das unidades de significado em expressões de caráter psicológico. Por fim, analisar a determinação de significados psicológicos (síntese das narrativas).

Ao explorar as relações dos profissionais com o mundo da vida que os envolvem em suas existências, compreendemos a complexidade do tema deste estudo e não nos propomos aqui levar a discussão ao esgotamento, no entanto, acreditamos que este estudo poderá servir de fundamento para estudos futuros.

Delimitando o objeto: a Saúde Mental e o Centro de Atenção Psicossocial

Atualmente, no Brasil, as políticas públicas em saúde mental buscam se organizar para atender as pessoas que necessitam de cuidado psicossocial e seus familiares, através de um cuidado em comunidade. O Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011, estabelece uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)², refletindo o redirecionamento do cuidado a pessoas com transtornos mentais que, antes, baseava-se no modelo hospitalocêntrico. A partir da implantação desta portaria, articula suas ações através de uma ampla rede de serviços e de pontos de apoio.

A partir dos princípios do SUS, a RAPS se estabelece e encontra embasamento para suas práticas. A presença de uma rede de atenção psicossocial no SUS se origina no processo da Reforma Psiquiátrica do Brasil, decorrente de uma série de movimentos sociais em busca da desinstitucionalização de pessoas com transtornos mentais. Seu início ocorreu na década

² “O objetivo da RAPS é ampliar uma rede de cuidado em saúde mental integrada, articulada e efetiva para atender as pessoas em sofrimento, com demandas decorrentes dos transtornos mentais e com transtornos decorrentes de consumo de álcool, crack e outras drogas” (Brasil, 2011, p.?).

de 60, culminando na década de 80 – período perpassado por várias mudanças nos campos sociais, econômicos e políticos do país.

Alguns princípios dos SUS são relevantes para as ações em saúde mental, entre eles estão o princípio da *universalidade*, da *equidade*, da *integralidade* e da *participação social*. Esses princípios asseguram que toda população do país tenha acesso aos serviços de saúde de forma igualitária, integralmente, articulando diversos setores. Além disso, o princípio da participação social contribui para o protagonismo das pessoas com transtornos mentais, reconhecendo que são pessoas com direitos de tomadas de decisão.

Uma das principais estratégias de substituição dos manicômios foi a criação dos CAPS. De acordo com o Ministério da Saúde, os CAPS propõem oferecer serviços de atendimento à crise em saúde mental, com o objetivo de promover a reinserção social, dar suporte e regular os serviços da atenção básica de saúde, além de organizar a rede de Atenção Psicossocial, em um determinado território (Brasil, 2005). Hoje, os CAPS são classificados em I, II, III, III AD (álcool e drogas) e i (infantil), de acordo com a abrangência da população que é atendida e de acordo com o horário de funcionamento. Estas instituições devem estar articuladas à rede de serviços de saúde e a outros setores (intersetorialidade) (BRASIL, 2004). Em Boa Vista existem, precisamente, os CAPS II, CAPS III e ADIII.

Os avanços na compreensão da saúde mental, em uma perspectiva biopsicossocial, ampliaram os recursos terapêuticos e trouxeram novas demandas aos profissionais da área. Atualmente, várias equipes multiprofissionais têm sido ferramentas para a implantação de um cuidado multidisciplinar. Os CAPS também contam com equipes multiprofissionais e se presume que as equipes se tornem agentes de mudanças, favorecendo meios que aumentem as relações de troca e a autonomia dos pacientes. Trata-se de um objetivo complexo, que requer a articulação de várias áreas de atuação.

Na atenção básica, as ações das equipes ocorrem por meio da Estratégia Saúde da Família. Sabe-se que a inserção de cuidados à saúde mental, neste último modelo, dá-se de forma mais natural, dado que as equipes se deparam frequentemente com a problemática psicossocial e há, via e regra, maior proximidade e responsabilidade junto às comunidades, segundo o Ministério da saúde (BRASIL, 2004). Assim, seus profissionais devem estar habilitados para uma abordagem resolutiva, além de contarem com uma efetiva integração da rede de saúde (GONÇALVES, 2006).

Para dar suporte a estas equipes, no que se refere a habilidades do cuidado em saúde mental, alguns profissionais dos CAPS também podem ser acionados. Na compreensão da RAPS, é o que se chama de Apoio Matricial. O apoio matricial é definido como “[...] um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população” (BRASIL, 2005, p. 36).

Ao analisar as demandas de diversas naturezas apresentadas aos profissionais dos CAPS, reconhecemos a complexidade das ações e o desafio apresentado através do mundo vivido, tanto das diversas singularidades que aparecem aos CAPS, como dos próprios colegas da equipe de trabalho. A partir destas considerações, percebemos a relevância de um estudo fenomenológico que busca apreender o sentido contido naquilo que nos aparece (fluxos de vivências de cada sujeito profissional de saúde). Assim, este estudo buscou compreender os modos de ser no mundo-da-vida dos profissionais de saúde mental, que atuam nos ambientes dos CAPS, de forma que se possa colaborar para a construção de ações na promoção de saúde mental do município de Boa Vista-RR.

Alguns fundamentos da fenomenologia

A palavra *fenomenologia* vem de *Fenômeno* e significa aquilo que se mostra. O objeto da fenomenologia não é exatamente o fenômeno (o que aparece), mas como o fenômeno se mostra ao sujeito. Esse objeto é o que a diferencia de todas as outras ciências.

Edmund Husserl (1859-1938), fundador da Fenomenologia, nasceu na Alemanha, na cidade de Prossnitz, onde começou as suas primeiras considerações sobre o tema, nos fins do século XIX e na primeira metade do século XX. Sua obra fundante da fenomenologia foi intitulada *Investigações lógicas*, em 1901, e, em seguida, a publicação *Ideias*, em 1913 (Espíndula, 2009). Durante este período, o desenvolvimento das ciências permitiu que o método experimental se tornasse predominante nas investigações científicas. Este método se baseava no pressuposto de que o homem e o objeto são completamente separados e independentes, e que dessa forma era possível isolar o objeto de estudo e criar verdades baseadas na objetividade. A fenomenologia surge para contestar esse método, principalmente quando se refere às ciências do homem, sobretudo a Psicologia.

Husserl nega a existência do ser humano no mundo como puro e independente um do outro. Nega tanto a pura objetividade como a pura subjetividade e propõe, então, um “voltar às próprias coisas” ou as raízes do conhecimento. Edmund Husserl se preocupava com a forma como os fenômenos se revelavam, não apenas das coisas que se “mostravam”, mas com o modo de compreender o sentido das coisas (ALES BELLO, 2004; 2006; 2014). Ales Bello (2014) afirma que é por meio do objeto que se estabelece o método.

Na proposta deste estudo, questionamos: “*Como é a relação do sujeito (profissionais de saúde) com o mundo (outros profissionais de saúde, pacientes, familiares e trabalhadores) no ambiente dos CAPS?*”. O enfoque fenomenológico possibilita a compreensão do ser humano enquanto ser no mundo, na situação de estar lançado. Os postulados básicos de Husserl são as noções de *intencionalidade, temporalidade, mundo da vida, subjetividade e intersubjetividade*, pelas quais é tentada a superação das tendências racionalistas e empiristas surgidas no século XVII (ALES BELLO, 2006; 2015, 2016; STEIN, 1999, 2000).

Husserl compreendia que, para apreender o sentido das coisas, era necessária uma série de operações, seguir um caminho, pois nem sempre seria possível compreender um fenômeno imediatamente. Dessa forma, a contribuição da fenomenóloga italiana de Ales Bello para a psicologia indicou duas etapas para compreensão *do sentido dos fenômenos: a redução eidética e a redução transcendental*.

A primeira etapa foi realizar a descrição do processo de colocar entre parênteses a existência das coisas, ou seja, busca compreender o sentido das coisas mesmas. Em seguida, a segunda etapa, a redução transcendental buscou a explicitação através das vivências dos atos característicos da interioridade, que possibilitam um conhecimento qualitativo sobre os estados psíquicos (ALES BELLO, 2006; 2015; 2016; FERNANDES, 2017).

Resultados: Síntese descritiva dos relatos dos profissionais de saúde

Para a *Entrevistada 1*, atuar no CAPS tem sido gratificante. Ela relata que inicialmente houve resistência para se adaptar ao campo de atuação - Dependência Química e Saúde Mental na RAPS - pois ela não havia vivenciado experiências na formação acadêmica, relacionadas ao tema. Também afirmou que não se interessava pelo assunto, antes de ser

inserida na área através de concurso público. A participante é Psicóloga e atualmente, considera importante o enfoque do tema durante a graduação, assim como a prática de pesquisas nesse período.

A mesma descreve os serviços oferecidos pelo CAPS e os suportes disponíveis. Ela considera importante a oferta de cursos de capacitação, realizados pela Secretaria de Saúde, afirmando que estes foram responsáveis pela sua identificação com o trabalho na área e que todos os profissionais de saúde poderiam participar, pois a Raps perpassa por todos os níveis de atenção à saúde no SUS e lamenta o fato destas capacitações não serem obrigatórias.

A Entrevistada também percebe que as dificuldades de trabalho são diversas, tais como: o problema de atuação para a implantação das políticas de Saúde mental, no que se refere a reinserção dos usuários dos CAPS na família e no meio social, a identificação do profissional com a prática, o funcionamento do CAPS quanto ao papel de centralizador de suportes a outros equipamentos que compõem a rede. Indicou a dificuldade de recursos humanos devido a muitas pessoas serem de outros estados e preferirem retornar ao estado de origem, ocasionando carência de profissionais.

Apesar das dificuldades apontadas, a participante afirma que não se acomoda e tenta fazer o melhor que pode, mesmo com limitações, lançando mão da criatividade para que o serviço não pare. Ela vê a reforma psiquiátrica como boa, a implantação dos CAPS e ambulatoriais, mas acredita que ainda existe a cultura manicomial entre a população, que acredita ainda ser extremamente necessário internar pessoas com transtornos mentais.

A *Entrevistada 2* afirma que a atuação em saúde mental, no CAPS AD III, é um grande aprendizado, que servirá para orientar as pessoas no seu cotidiano, mas que apresenta desafios. Considera uma atuação recente na sua vida profissional, pois está no trabalho a pouco menos de três anos. Para ela, por causa de sua formação acadêmica - Pedagogia -, a sua atuação seria para criar com projetos e aulas, mas afirma que dentro do CAPS percebeu que o trabalho seria realizado em equipe multidisciplinar. Afirma que suas atividades não diferem muito das dos demais colegas de trabalho como: triagem, grupos terapêuticos, abertura de prontuários, visitas, relatório de visita. Identifica que o diferenciador são os momentos das oficinas, cujo tema abordado é diferente. Por esse aspecto, inicialmente, causou-lhe surpresa.

Considera que atuar na área de saúde mental é importante, pois, a partir do convívio com profissionais e usuários, pôde identificar sinais que indicam que alguém do seu convívio, fora do ambiente de trabalho, esteja apresentando algum transtorno mental ou que esteja fazendo uso abusivo de substâncias psicoativas, Por meio do trabalho foi possível desfazer alguns preconceitos, a partir da compreensão do que seria transtorno mental. Para ela, cuidar da saúde mental é importante, pois “a população fala muito em cuidado do corpo, mas não se fala em saúde mental”.

Ela ainda relata que esteve com depressão e que o apoio de alguns profissionais dentro do ambiente de trabalho contribuiu para a identificação do transtorno e do tratamento, mas que ainda é necessário que haja maior apoio. Acredita que o preconceito com pessoas que apresentam transtornos mentais é existente, considera que o profissional de saúde mental para trabalhar com dependência química precisa estar com a saúde “*em dia*” e que, dependendo de seu contexto familiar e particular, não pode ou não deve trabalhar nessa área. Relatou dificuldades quanto ao processo de práticas no contexto local, indicou que “*as normas devem ser repensadas e não somente repassados por técnicos de fora do estado que visitam*”

e dão orientações". Relata que a falta de suporte estrutural (materiais, instalações físicas, recursos humanos etc.) deixa os profissionais insatisfeitos com as práticas.

O *Entrevistado 3* afirma que houve mudança da sua concepção do trabalho em Saúde mental. Para ele, a saúde mental se confundia com conceito de deficiência mental e que a inserção em saúde mental proporcionou o conhecimento das concepções de Reforma Psiquiátrica, de acordo com uma abordagem interdisciplinar, e a mudança da cultura antimanicomial. Afirma que o cotidiano e o trabalho lhe proporcionaram aprendizado e suporte para adaptação com a nova área. Acredita que o transtorno mental é "algo que pode ser adquirido dependendo do contexto social e que é uma doença silenciosa". Percebe que a rede de atenção não funciona como pretende, pois, esbarra em questões burocráticas e políticas. Alguns locais que compõem a rede são de gestão municipal e outras de gestão estadual, ambas para ele não colaboram muito para a interlocução dos serviços.

Para o entrevistado, vivenciar o momento da crise do usuário era difícil, inicialmente, mas que com o tempo, passou a perceber o paciente além do transtorno. Afirma que a experiência de conhecer outros CAPS fora do estado contribuiu para a melhor compreensão dos objetivos e funcionamento do mesmo. Considera que as capacitações são importantes, mas acha que são poucas. Aponta algumas ações que foram realizadas com a intenção de "aproximar" os usuários da comunidade, entre elas: um dia de beleza, em que alguns profissionais foram convidados ao CAPS. No entanto, afirma que a reinserção social ainda não acontece com todos, apesar de citar casos em que os pacientes conseguiram voltar a atividades rotineiras como concluir uma graduação. Considera a reforma psiquiátrica positiva, mas relata a necessidade da implantação das Unidades de Acolhimento no município.

O *Entrevistado 4* é formado em educação física. Afirma que inicialmente se sentiu enganado, pois, haviam lhe dito que ele trabalharia com "deficiente", mas que na verdade descobriu que trabalharia com saúde mental, dependência química, a partir de algumas capacitações. Relata que a dependência química como um problema de saúde pública só foi compreendida a partir da sua inserção no CAPS e até mesmo o conhecimento do CAPS só ocorreu quando foi lotado no mesmo. Afirma que no início, tinha medo. E não sentia que a formação acadêmica tinha alguma relação com o trabalho, inclusive vários colegas saíram, foram remanejados, solicitaram remanejamento, pois não se identificaram com o trabalho. Considera que a saúde mental é bem diferente, pois ela exige que você se envolva com o serviço e que tenha intimidade com o paciente, caso contrário, o profissional sentirá dificuldade. Acredita que é uma área que trabalha com transtornos mentais que requerem preparo psicológico, emocional e de conhecimento, pois o mesmo poderá se frustrar.

Ele afirma ainda que apresenta expectativa quanto a evolução do paciente, de acordo com o projeto terapêutico, mas que deve sempre contar com a possibilidade frustração. Afirma que a saúde mental como área de atuação profissional pode favorecer o aparecimento de doenças, assim como outras profissões. Considera importante o fornecimento de apoio para o cuidado dos profissionais. Aponta a questão dos cursos de capacitação importante, apesar de não ter participado, no entanto percebe a necessidade. Aponta a realização do trabalho em equipe como positiva e não percebe diferenças de prioridades entre as áreas de atuação da equipe multidisciplinar. Afirma ter dificuldades de fazer parcerias com locais que proporcionem espaços físicos adequados para a realização de atividades físicas.

A *Entrevistada 5* considera a experiência gratificante, porque houve aprendizado. Aponta que a formação durante a graduação preparou para atuação como psicóloga, mas

não dentro de um CAPS. Percebe que, atualmente, os acadêmicos têm a oportunidade de ter maior contato com a Rede, durante a formação acadêmica, através de estágios e pesquisas. Percebe isso como um aspecto que acrescenta conhecimento e favorece o conhecimento. A princípio, por não ter escolhido o local de trabalho, ficou um pouco “assustada”, não tanto por não ter conhecimento, mas pela preocupação de se identificar.

Ela relatou que, quando iniciou o trabalho em saúde mental, trabalhava dentro de um ambulatório e que lá já havia “atividades de CAPS”. A partir desta experiência começou a se identificar, participou da implantação do CAPS III e começou a ter um envolvimento maior com toda a equipe. Considera que esse envolvimento trouxe mais aproximação e, com isso, foi “gostando mais da saúde mental”. Relata que passou por um processo de fase de adaptação; também foi atrás de aprimorar seus conhecimentos. Fez cursos, através da própria secretaria da SESAU (Secretaria de Saúde). Afirma que a atuação não se limita somente aos serviços dentro do CAPS, é preciso participar de reuniões com outros profissionais de outros CAPS.

Ela também mencionou o intercâmbio realizado em Minas Gerais, onde trabalhou um mês em um CAPS, obtendo novas experiências. Afirma que os profissionais de saúde mental estão trabalhando com o objetivo de ativar a Rede, pois ainda “não funciona a todo vapor”. Considera que os CAPS ainda são como “mini manicômios” e que a REDE ainda precisa ser aprimorada. Acredita que o CAPS pode melhorar, mas fez reflexões sobre a atual condição política. Afirma que “nesses últimos tempos o país está vivendo problemas de uma forma geral e na política de forma que interferem na saúde”.

Afirma que houve mudança de perspectivas: quando entrou estava animada, mas com alguns problemas identificados e que repercutem na atuação, sente que não está com muita expectativa de receber capacitações ou melhorias, mas, mesmo assim, não deixa de acreditar. A participante afirma que os gestores indicam que os profissionais busquem apoio para o cuidado da própria saúde, mas que a própria rede de saúde não proporciona serviços de apoio.

Para a *Entrevistada 6*, os serviços do CAPS ainda não são totalmente adequados, pois ainda não conta com alguns suportes estruturais como internet, por exemplo. Relata que a ausência de equipamentos prejudica as atividades, que ocorrem de forma fragmentada, pois são separadas de acordo com as especialidades dos profissionais. Considera que essas atividades não deveriam ser dessa forma.

Ela considera que no CAPS, as atividades devem ser interdisciplinares e não somente divididas por dia, de forma que todas as especialidades atuem em conjunto. Acha que a enfermagem fica um pouco “excluída” do que acontece de modo geral na rotina do CAPS. Afirma que algumas pessoas fazem especialização em psicologia, psiquiatria, para atuar no CAPS, no entanto, os cursos são realizados fora do estado. Afirma que algumas pessoas vão para fora para ver os modelos e tentar aplicar, e que o Ministério também manda, vez ou outra, algum representante para capacitações.

Quanto às expectativas, ela indicou estar à espera da criação de uma casa de acolhimento no estado (lugar onde os usuários – que não tem família para retornar – possam residir). Relatou atividades que frequentemente são realizadas, tais como: visita domiciliar e medicalização durante as visitas (conforme o plano individual terapêutico). Quanto ao papel das equipes de enfermagem, ela indica que o trabalho necessita ser mais educativo durante as oficinas: “falar mais sobre saúde, higiene pessoal, sobre as medicações, necessidade de tomar medicação, para evitar crises”. Ela compreende que a intenção do CAPS é a de prevenir crises e voltar o paciente para a sociedade. Afirma que houve tentativas

de fazer parcerias com outras instituições, tentar incluir os usuários em projetos, mas que sentiu dificuldades quanto ao apoio dos demais profissionais da saúde. Quando se depara com pacientes em crise, percebe o medo dos demais profissionais. Relata dificuldades na comunicação com unidades básicas. Acredita que houve melhora com a reforma psiquiátrica e com a implantação do CAPS III na cidade.

O *Entrevistado 7* afirma que a partir de concurso público teve a oportunidade de trabalhar com saúde mental, apesar da sua área de formação não estar diretamente ligado a área que atua. Afirma que a experiência é marcada pelo aprendizado. Inicialmente não sabia como seria lidar com saúde mental. Percebe que as pessoas (fora do trabalho) têm uma visão diferente do que é realmente o trabalho no CAPS. Inicialmente teve que quebrar preconceitos sobre o que seriam pessoas com transtorno mental. Afirma que muitas pessoas diziam que os usuários eram perigosos, mas, quando chegou ao CAPS III, “percebeu que era tudo diferente”, e assim buscou especialização em psicopedagogia.

Durante o período de atuação, percebeu que foi se “*interando*”, obtendo conhecimento do que são os transtornos que são trabalhados, conhecendo as pessoas que possuem esses transtornos, e “com o tempo foi tirando um pouco dessa questão desse preconceito”. Afirma que tiveram uma capacitação curta, mas que não há um processo de formação contínua, que considera necessário. No entanto, ele tem buscando por conta própria. Antes de conhecer o CAPS não havia tido nenhum contato com a instituição. Afirma que hoje a relação com o paciente é tranquila, pois um vínculo começa a se estabelecer, facilitando o trabalho. Considera que o mais importante é criar vínculos com os usuários. Afirma que se sente satisfeito e, se tivesse oportunidade de trabalhar em outro lugar, preferiria continuar no mesmo lugar.

Percorrendo a análise: compreendendo a Saúde Mental nos CAPS a partir da fenomenologia

A fenomenologia apresenta as seguintes atitudes que devem ser tomadas para a sua realização: *Epoché* e a redução Fenomenológica, que são trabalhadas de forma contínua. A *Epoché* consiste no ato de colocar entre parênteses a crença na atitude natural, dessa forma, considera-se que para conhecer o fenômeno, seja necessário nos abster de qualquer conhecimento, além da suspensão de crenças e de preconceitos, de forma que se busque a concentração exclusiva naquilo que é dado à consciência. Esta área do conhecimento facilita a compreensão dos processos subjetivos e pode oferecer aportes teóricos, considerando a singularidade, a individualidade, a comunidade, visando identificar as relações intersubjetivas, por meio dos seus vínculos sociais com seus pares no trabalho e na rede psicossocial (e outras comunidades).

A partir das descrições e da análise dos relatos dos profissionais, tendo como base o método fenomenológico, foram identificados e selecionados quatro eixos temáticos que comportam unidades de significado psicológico, que implicitamente estão contidas nas narrativas dos participantes. Em seguida, apresentamos a síntese das narrativas, explicitamos a diversidade de possíveis enfoques que a pesquisa apresentou e os relatos dos profissionais. Esses relatos perpassaram por diversos aspectos que podem ser explanados em outros estudos tais como: as experiências com a gestão autônoma da medicação, as políticas públicas e suas dificuldades de articulação dos pontos de atenção, entre outras. Percebe-se a necessidade de mais aprofundamentos e explicações de temas ainda não conhecidos, no

entanto, nesta pesquisa nos atentaremos para o sentido da vivência do “cuidar” de pacientes em instituições de saúde mental. Os eixos temáticos serão apresentados a seguir.

Intersubjetividade e mudanças de concepções pelos profissionais na Saúde Mental

Partindo de uma atitude fenomenológica, captamos as vivências e percepções dos profissionais quanto ao adoecimento e quanto às pessoas com transtornos mentais. Nesse sentido o Entrevistado 1 afirma:

[...] quando eu soube - que o concurso não dizia aonde eu ia trabalhar), então eles disseram: “não, você vai pra saúde mental” - tem o primeiro impacto né? Tem a questão da loucura né?, você pensar na questão do “louco”, “que são pessoas perigosas” ou que a própria sociedade tem um pouquinho de preconceito então eu fui tendo um impacto né? Da receio né? De não ter lidado ainda com esse público né? E aí está com essa nova vivência, com esse aprendizado [...] No primeiro momento foi bem impactante mesmo. E durante esse período você vai se inteirando, vai tendo conhecimento do que são os transtornos que são trabalhados né conhecendo as pessoas que possuem esses transtornos [...] vai estudando e aí você vai tirando um pouco essa questão desse preconceito. (Pedagogo, 28 anos, CAPS III).

Como no relato acima, alguns profissionais de saúde referiram-se ao contato inicial marcado pelo impacto decorrente da falta de experiência ou de conhecimento sobre a área de atuação. Percebemos que alguns preconceitos faziam parte do imaginário dos profissionais. Segundo Gali (2009), em qualquer diagnóstico sempre existe uma visão do mundo antes mesmo do mundo e qualquer diagnóstico aprisiona o ser. As falas dos profissionais refletem este aprisionamento em estigmas, que, no entanto, foram sendo modificados ao longo da abertura para o outro, na experiência do “ser-aí”. O ser em relação com o mundo e com o outro.

Por meio da inserção dos profissionais ao ambiente do CAPS e a convivência com as pessoas com transtorno mental, os profissionais perceberem que não são “loucos” ou “que são pessoas perigosas”. Os relatos expressam um processo de adaptação e mudanças, de acordo com o modelo proposto pela Reforma Psiquiátrica:

[...] quando eu entrei (na instituição), eu tinha uma visão de... saúde mental que se confundia com a questão... da deficiência mental. Então, eu tinha essa confusão de transtorno mental com deficiência mental, hoje eu vejo que [...] o transtorno mental é uma coisa que muitas pessoas vêm adquirindo com o passar dos dias. Muitas vezes com a própria genética, ou estilo de vida que pessoas seguem, o stress do dia-a-dia com conflitos familiares e do trabalho... (Educador físico, 43 anos, CAPS III).

Ainda sobre a mudança de percepções, Camon (2002) afirma que uma mudança no campo perceptivo é a condição inicial para que uma pessoa possa alterar os próprios fatos. Ao perceber que os estereótipos eram irrealistas, houve a possibilidade de abertura para uma relação autêntica e congruente com os usuários dos serviços dos CAPS.

Dificuldades nas práticas cotidianas dos profissionais

O trabalho pode significar reconhecimento, orgulho, prazer, mas também pode trazer consigo um desgaste que leva os profissionais a vivenciarem o desprazer. Quanto às dificuldades nas práticas cotidianas dos profissionais, 06 (seis) dos entrevistados relataram dificuldades para o trabalho:

[...] nós percebemos que são poucos familiares que vêm realmente acompanhar o dependente químico no tratamento, geralmente a família chega naquela fase de exaustão, não procura o atendimento porque não assume que o familiar tem dependência, então acaba negando, escondendo, então ele chega aqui pra o atendimento pra o CAPS, pra o atendimento médico a

situação já ficou né? [...] só que não entende que o papel deles é decisivo no tratamento do paciente, mas aqueles familiares, que se comprometem né de trazer, de participar, o CAPS também tem atendimento pra eles, se compromete com o cuidado pra família, porque, as vezes, a família sofre mais do que o paciente (Psicóloga, CAPS ad III).

O profissional relata a falta de colaboração dos familiares, sendo que a participação destes é fundamental para o processo de reinserção social. Sobre as limitações para as práticas cotidianas, outra participante afirma: “[...] *A gente faz visita domiciliar também, tem uma lista de pacientes, às vezes têm pacientes que realmente não têm condições de vir*” (Enfermeira, 53, CAPS III).

Para a enfermeira, o trabalho em saúde mental se resume em realizar o possível dentro das limitações existentes e, por vezes, a dificuldade se encontra nas comunicações entre os setores:

[...] nós temos essa comunicação, essa troca, o que for pra repassar pra outro serviço, a gente repassa porque tem paciente que é acompanhado, pelo CREAS, pelo CRAS, entendeu? Muitas vezes essa comunicação fica meio solta, fica meio perdida, e o paciente fica sendo prejudicado (Psicóloga, 32 anos, CAPS III).

Frente às diversas dificuldades percebidas, surge também a preocupação com as possíveis mudanças de paradigmas no campo das políticas públicas:

[...] não sei se você sabe, mas o chefe do departamento de saúde mental, em Brasília, saiu, o que entrou agora, ele defende a política mais ou menos manicomial, então, houve até um processo de a manifestação que foi dada o abraço, no início do ano nos CAPS, então, em Brasília começou a mudar também um pouco. [...] ‘Vamos ver como é que vai ficar essa mudança, não é só local, é também nacional’ (Educador físico, 43, anos, CAPS III).

Ao considerar as dificuldades, os profissionais também revelam expectativas, que consistem na superação dos obstáculos e na reconstrução de “pontes (ou sentidos)” para a realização de suas práticas. Sobre essas expectativas, os profissionais consideram que a superação e a reconstrução devem perpassar principalmente por políticas públicas. Para a entrevistada, a seguir, o cuidado em saúde mental implica em uma atenção da saúde como um todo:

[...] eu espero que a saúde seja valorizada como um todo, né? que os nossos governantes, eles possam ter esse olhar de cuidado, que possam realmente fazer valer o direito das pessoas, não só pra saúde mental, porque quando você realmente valoriza e repeita o direito da saúde das pessoas, o direito ao outro de ser cuidada, você vai valorizar cada aspecto né? (Psicóloga, CAPS AD III).

Alguns profissionais avaliam as práticas como satisfatórias, apesar de algumas limitações. A satisfação parece não estar relacionada ao êxito com o objetivo dos CAPS, mas na possibilidade de contribuir no cuidado com os usuários. O fio condutor é representado pela temporalidade. Binswanger trabalha sobre a dimensão do tempo imanente para captar as razões dos transtornos mentais, que não são justificáveis, são apenas como distúrbios psíquicos. É necessário reconduzi-los às dimensões existenciais profundas. Na conferência *sobre a fenomenologia*, o autor tinha mostrado a estreita ligação entre a esfera da corporeidade, indicada por Husserl, e aquela da história pessoal (BINSWANGER *apud* ALES BELLO, 2016).

O sofrimento relacionado às práticas

Muitos profissionais apontam que perceberam o sofrimento frente às relações de trabalho, específico da área psi, e que buscam apoio dentro da própria rede pública, apontando a necessidade de um olhar atencioso entre os próprios profissionais. através do

cuidado coletivo. Nesse ponto, Alves; Morato e Calda (2009) afirmam que o profissional de saúde mental carrega implícita em seu papel a responsabilidade de promover o bem-estar do paciente, mantendo a calma, o controle e a coerência em suas ações. Em seus relatos, reafirmam o que os autores apontam. Ao mesmo tempo em que tentam manter o estereótipo, os profissionais percebem suas limitações:

[...] porque o profissional também tem problema, também tem seus filhos pra cuidar, mas ele vem aqui pra trabalhar, às vezes quando ele diz um não pro usuário né, o usuário não tá preparado pra receber o não, então, às vezes, esse usuário vai dizer que você é ruim, que você não quis fazer [...] só que o profissional, ele, ele [pausa] ele tem que saber conciliar essas coisas. (E3, Educador físico, 41 anos, CAPS AD III).

Alves; Morato e Calda (2009) afirmam que esses fatos o levam a se defrontar o tempo todo com a polaridade: expectativa *versus* limitação, além de favorecer um intenso gasto de energia, muitas vezes na busca pela manutenção de estereótipos e representações, reforçando a imagem de semideus, forte e imune. Ao mesmo tempo, quando se deparam com o adoecimento ou sofrimento, buscam o apoio em seu ambiente de trabalho:

[...] voltando a questão da depressão em si, tem gente que não percebe que tem colegas com depressão, que precisa de ajuda, que precisa de tratamento, precisa que alguém chegue ali e fale, ó, tá na hora de também procurar (acompanhamento psicológico). Eu passei por uma situação de um processo de depressão, então, não tem essa história de que ah! é da saúde mental, e quem detectou que eu tava nessa situação, devido a uma experiência de anos, foi minha chefe imediata, na época [...] então, a gente conversava muito e a gente acabou percebendo que eu não tava legal – e (ela) me conhecia a pouco tempo! mas é como eu digo, já tinha experiência! Então, ela me encaminhou pra um psicólogo da unidade que eu não tinha intimidade, porque assim, ele já me encaminhou pra um psiquiatra. Chego lá com o psiquiatra, ele me disse: olha você tá “numa” depressão, num nível moderado já.” (Pedagoga, 31 anos, CAPS AD III).

Alves; Morato e Caldas (2009) apontam que a fugacidade das relações contemporâneas implica um sentimento de não pertença. Tal fenômeno vem repercutindo nos diversos aspectos constitutivos da existência dos sujeitos, entre esses aspectos, observa-se, cada vez mais, um distanciamento do histórico e de atitudes como paciência, contemplação do ser e cuidado do ser. A partir da tentativa de encontrar apoio, os profissionais tecem uma rede de relações de cuidado paralela ao trabalho, por meio de um cuidado paliativo e, pode-se dizer, emergencial em relação à própria saúde e a saúde mental.

Essa rede de relações de apoio se desenrola da seguinte forma: os profissionais recorrem em primeiro momento aos próprios colegas devido à proximidade do ambiente de trabalho, se não houver possibilidade, buscam, por indicação, outros profissionais dentro da Rede. No entanto, verifica-se a necessidade de que o apoio ocorra fora do próprio ambiente de trabalho, para que, obviamente, não haja a invasão das fronteiras entre o âmbito profissional e pessoal. Nesse sentido, uma participante afirma:

[...] nós somos colegas, o que a gente pode fazer [é] aquele atendimento emergencial, aquele amparo, aquele inicial nós fazemos, não que a gente vá negar atendimento pra o nosso colega, é porque todos nós fazemos um trabalho junto, então, isso pode prejudicar o trabalho. [...] os colegas procuram o UISAM, procuram atendimento aqui, então, alguns procuram clínico geral, procuram psiquiatra, eles procuram nossos colegas nas unidades básicas ou, então, no UISAM (Psicóloga, 32, CAPS AD III).

Ao se reportar ao aspecto do cuidado com o cuidador, Alves; Morato e Caldas (2009) afirmam: em primeiro lugar, o cuidado como tarefa existencial precisa ser manifestado em todos os âmbitos da vida das relações para consigo, para com os outros, para com o mundo

[...]. Essa atitude de ocupação, de pré-ocupação precisa irradiar às diversas manifestações do fazer humano: nas esferas do labor, do trabalho e da ação; do público e do privado.

Para Dejours (1992), o trabalho necessitaria estar na própria compreensão do conceito de saúde, pois ele ocupa um lugar muito importante na luta contra a doença. Nem sempre é a origem da doença ou de infelicidade; às vezes, promotor de saúde e de prazer. Nesse sentido, é necessário pensar o trabalho em saúde mental como fonte de prazer, como ressignificar as experiências e sentidos.

Vivências positivas e a construção de significados para além das dificuldades

Sabemos que o trabalho pode significar reconhecimento, orgulho, satisfação, mas também pode trazer consigo um desgaste que leva os profissionais a vivenciarem sentimentos de frustração. Nesse sentido, a sensação de impedimento das potencialidades foi relatada a partir das dificuldades nas práticas cotidianas:

[...] nós percebemos que são poucos familiares que vêm realmente acompanhar o dependente químico no tratamento, geralmente a família chega naquela fase de exaustão, não procura o atendimento porque não assume que o familiar tem dependência, então, acaba negando, escondendo, então, ele chega aqui pra o atendimento pra o CAPS, pra o atendimento médico a situação já ficou né? Só que não entende que o papel deles é decisivo no tratamento do paciente, mas aqueles familiares, que se comprometem né de trazer de participar, o CAPS também tem atendimento pra eles, se compromete com o cuidado pra família, porque, às vezes, a família sofre mais do que o paciente (Psicóloga, 32 anos, CAPS AD III).

O profissional relata a falta de colaboração dos familiares, sendo que a participação destes é fundamental para o processo de reinserção social. Sobre as limitações para as práticas cotidianas, outra participante afirma:

[...] a gente faz visita domiciliar [...] nós ainda não temos transporte, nós estamos sem telefone, mas a gente faz o que pode (Enfermeira, 53 anos, CAPS III).

Para a enfermeira, o trabalho em saúde mental também significa realizar o possível dentro das limitações existentes e, por vezes, a dificuldade se encontra nas comunicações entre os setores:

[...] temos essa comunicação, essa troca, o que for pra repassar pra outro serviço, a gente repassa porque tem paciente que é acompanhado pelo CREAS, pelo CRAS, entendeu? Muitas vezes, essa comunicação fica meio solta, fica meio perdida e o paciente fica sendo prejudicado (Psicóloga, 32 anos, CAPS III).

Para a entrevistada, a seguir, o cuidado em saúde mental implica em uma atenção da saúde como um todo:

[...] eu espero que a saúde seja valorizada como um todo, né? Que os nossos governantes eles possam ter esse olhar de cuidado que possam realmente fazer valer o direito das pessoas, não só pra saúde mental, porque quando você realmente valoriza e respeita o direito da saúde das pessoas, o direito ao outro de ser cuidada, você vai valorizar cada aspecto né? (Psicóloga, 32 anos, CAPS III).

Acompanhando os relatos, percebemos que as dificuldades se apresentam das mais diversas formas, no entanto, apesar das limitações, alguns profissionais avaliam as práticas como satisfatória. A satisfação parece não estar diretamente relacionada ao êxito com o objetivo dos CAPS, mas na possibilidade de contribuir no cuidado com os usuários. Neste ponto, percebemos que a satisfação com o trabalho perpassa também pela congruência das concepções individuais com as políticas públicas norteadoras do cuidado em saúde mental,

no que se refere à possibilidade de acolhimento, de colocar o diagnóstico em parêntese e se ocupar do cuidar do paciente em seu existir:

Na verdade, assim, hoje eu posso falar: é gratificante, porque eu acho que assim: eu aprendi muito! (Psicóloga CAPS AD III).

[...] ele é usuário nosso, ele tem 65 anos, ele quando chegou até o caminhar dele é difícil, até a locomoção dele era difícil, a gente percebia isso, hoje ele consegue fazer exercícios localizados, que muitos usuários nossos mais jovens não conseguem fazer, e ele pratica atividade diária, então, pra gente é engrandecedor ver essa diferença dos usuários, ver essa consciência deles (Educador Físico, 43 anos, CAPS III).

[...] foi novo e “tá” sendo uma experiência bem proveitosa (trabalhar no CAPS), eu procuro no meu serviço ser bem atuante porque eu “tô” sendo pago e se fosse outro serviço eu também ia ser atuante, esse é meu jeito de ser (Educador Físico, 41 anos, CAPS AD III).

[...] tudo na vida é aprendizado, acho que nada é por acaso, tudo é válido, aprendi muito aqui no CAPS, apesar de não pretender ficar muito tempo [...] essa experiência eu vou levar pra minha vida, pra criar minha filha, saber orientar pessoas, porque que muita gente tem dúvida, tem gente que nem sabe que o CAPS existe. (Pedagoga, 31 anos, CAPS AD III).

As capacitações foram apontadas como processos importantes para a prática profissional e continuamente necessárias. O relato do Entrevistado 4 revela a importância das capacitações:

[...] ano passado eu fiz uma visita técnica do CAPS de São Paulo pra conhecer eles lá, pra saber como funcionava, como é a rotina deles lá entendeu? Que foi o que deu uma melhorada na minha visão do que é o CAPS, de como é o funcionamento real do CAPS, de como o CAPS deve funcionar. (Educador Físico, 43 anos, CAPS III).

[...] eu aprendi muito (porque assim, aqui é sobre saúde mental). Porque a gente na faculdade, a gente tem uma noção, não que nunca tivesse, mas eu, mas não tive muita experiência), hoje, já tenho vários acadêmicos pra ter contato com a pesquisa, os estágios, mas eu, especificamente, não era meu campo de interesse, fiz estágio no hospital, na área de saúde mental, fiz estágio em escolas, fiz estágio na área da organizacional, mas assim, especificamente, em saúde mental não, minha entrada foi através de concurso (Psicóloga, 32 anos, CAPS III).

O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde são responsáveis pelo planejamento, pela formação e pela educação permanente de trabalhadores em saúde no SUS. Pode-se dizer que são previstas capacitações para os profissionais, de acordo com as diretrizes estabelecidas na Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. É uma das estratégias mais usadas para enfrentar os problemas de desenvolvimento dos serviços de saúde.

Grande parte do esforço para alcançar a aprendizagem ocorre por meio da capacitação, isto é, de ações intencionais e planejadas que têm como missão fortalecer conhecimentos, habilidades, atitudes e práticas, que a dinâmica das organizações não oferece por outros meios, pelo menos em escala suficiente (DAVINI, 2009).

Considerações Finais

A partir do objetivo do estudo, as vivências dos profissionais na atuação nos CAPS que compõem a Rede perpassam pelos significados atribuídos à experiência. Os resultados mostram que a partir do momento em que foram inseridos na mesma, alguns aspectos foram enfatizados como a não possibilidade de escolha do local de trabalho. Pela entrada por concurso público, os desdobramentos deste aspecto mostra a possibilidade de um processo de ressignificação com as novas perspectivas acerca da “loucura”, a necessidade da abertura para o outro em adoecimento, por meio do contato e conhecimento com o processo da Reforma Psiquiátrica, além da quebra de preconceitos a respeito de pessoas com transtornos mentais.

A pesquisa apontou que, mesmo diante das dificuldades, foram percebidas expressões de satisfação trazidas pela maioria dos profissionais, em que se revelou a possibilidade de aprendizado e cuidado. Ressalta-se a concepção de saúde ampliada ser recente, necessitando de constantes avaliações de práticas. Em suas narrativas, os profissionais também apresentam análises críticas e reflexivas da atuação, a partir das experiências em relação às condições políticas em âmbito nacional e local. O estudo ainda apontou dificuldades recorrentes a outras pesquisas realizadas em âmbito nacional. Percebe-se que há um conflito entre as expectativas da Reforma Psiquiátrica e a ausência de recursos como um estudo já mencionado por Almeida et al. (2014), o que explicita uma situação limite – viver e ter de lidar com a angústia de não poder fazer seu trabalho, conforme acredita que deveria ser feito. Em relação às formas de enfrentamento, Santos (2014) indica a necessidade de suporte ao trabalhador frente aos aspectos causadores de estresse e de sofrimento.

Outro ponto percebido se refere ao distanciamento dos familiares na participação e suporte no tratamento de pessoas com transtornos mentais e com problemas emocionais. No entanto, as principais dificuldades foram de base estrutural, a alta rotatividade de recursos humanos e, conseqüentemente, a falta dos mesmos. Contudo, diante das dificuldades, foram percebidos os avanços como autonomia de alguns usuários.

REFERÊNCIAS

ALES BELLO, A. Fenomenologia e ciências humanas: implicações éticas. Memorandum, Belo Horizonte, v.11, Outubro. 2006. Disponível em:<<http://www.fafich.ufmg.br/~memorandum/a11/alesbello04.htm>>. Último acesso em 02.11.18.

ALES BELLO, A. **Introdução à Fenomenologia**. Tradução de Jacinta Turolo Garcia, Miguel Mahfoud. Bauru: EDUSC, 2006.

_____. **Pessoa e comunidade: comentários à Psicologia e Ciências do Espírito de Edith Stein**. Tradução de Miguel Mahfoud e Jacinta Turolo Garcia. Belo Horizonte: Artesã, 2015.

_____. **Edith Stein: a paixão pela verdade**. Curitiba: Juruá, 2014.

_____. **Il senso dell'umano: tra fenomenologia, psicologia e psicopatologia**. Roma: Castelvecchi, 2016.

ALMEIDA, A. B.; NASCIMENTO, E. P.; RODRIGUES, J.; SCHWEITZER, G. Intervenção nas situações de crise psíquica: dificuldades e sugestões de uma equipe de atenção pré-hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.65, n.5, p.708-714, out. 2014. doi: 10.1590/0034-7167.2014670506

ALVES, C. F. O; MORATO, H. T. P; CALDAS, M. T. Saúde e sofrimento do trabalhador: experiências e olhares acerca do (Des) cuidado de cuidadores/profissionais SUS numa perspectiva fenomenológica existencial. In: MORATO, H. T. P.; BARRETO, C. L. B.; NUNES, A. P. **Aconselhamento Psicológico numa perspectiva fenomenológica existencial: uma introdução**. Rio de Janeiro: Guanabara Koongan, 2012. p.233-252.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Lei N. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 09 abr. 2001.

_____. Lei Orgânica da Saúde 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS**. Brasília: Conass, 2003.

CAMON, V. A. A. Psicoterapia detalhes e nuances. In: _____. (Org.). *Psicoterapia Fenomenológico-Existencial*. São Paulo: Cengage Learning, 2015. p.5-44.

DAVINI, M. C. Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p.39. (Série B. Textos Básicos de Saúde; Série Pactos pela Saúde 2006, v. 9). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf>. Acesso em 10. 07. 2018

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. Tradução de A. I. Paraguay e L. L. Ferreira. 5ª ed. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992.

ESPÍNDULA, J. A. **O significado da religiosidade para pacientes com câncer e para profissionais de saúde**. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009. doi:10.11606/T.22.2009.tde-08012010-123832.

ESPÍNDULA, J. A.; VALLE, E. E. R. M; BELLO A. A. Religião e espiritualidade: um olhar de profissionais de saúde. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. v. 18, n. 6, p. 447- 443, 2010.

GALL, L. M. P. Um olhar fenomenológico sobre a questão da saúde e da doença: a cura do ponto de vista da Gestalt-Terapia. **Estudos e pesquisas em Psicologia**. v. 9, n. 1, p. 59-71, 2009. doi:doi:10.12957/epp.2009.9135

GIORGI, A; SOUSA, D. Método fenomenológico de investigação em Psicologia. Lisboa: Fim de século, 2010.

GIOVANELLA, L. et al. O Sistema único de Saúde – SUS. In: _____. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 435-472.

COELHO JÚNIOR, A. G.; MAHFOUD, M. A relação pessoa-comunidade na obra de Edith Stein. **Memorandum**. v. 11, p. 8-27, 2006. Disponível em: < <http://www.fafich.ufmg.br/~memorandum/a11/coelhomahfoud01.pdf>>. Acesso em 10.10. 2018.

SAVIAN FILHO, J. Uma perspectiva sobre Edith Stein e a Fenomenologia. **Argumentos**, Fortaleza; ano 9, n. 18, p.7-17, 2017. Disponível em:< <http://www.periodicos.ufc.br/argumentos/article/view/31024/71643>>. Acesso em 19 set. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de**

Acolhimento: Orientações para Elaboração de Projetos de Construção de CAPS e de UA como lugares da Atenção Psicossocial nos territórios. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no brasil.** Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS, 2005.

SANTOS, R. C. A. **Papéis e funções dos profissionais dos serviços e política de saúde mental em natal (RN).** Tese (Doutorado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.

STEIN, E. **Psicologia e scienza dello spirito:** contributi per una fondazione filosofica. 2. ed. Tradução A. M. Pezzella. Roma: Città Nuova, 1999. (Original publicado em 1922)

_____. **La struttura della persona humana.** Tradução di D'Ambra. Roma: Città Nuova, 2000. (Original publicado em 1932-33)

SENA, E. L. S.; REIS, H. F. T.; CARVALHO, P. A. L. SOUZA, V. S. A intersubjetividade do cuidar e o conhecimento na perspectiva fenomenológica. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste,** Fortaleza; v. 12, n. 1, p.181-188, 2011. doi: 10.15253/rev%20rene.v12i1.4183

6. CONTRIBUIÇÕES DA FENOMENOLOGIA PARA A ATENÇÃO ÀS PRIMEIRAS CRISES DO TIPO PSICÓTICAS: EXPERIÊNCIA EM UM CAPS III DE CURITIBA

Mariana Cardoso Puchivailo
Ilino Izídio da Costa
Adriano Furtado Holanda

Introdução

A atenção ao momento de crise é um dos temas mais polêmicos, difíceis e desafiadores do processo de cuidado à saúde mental, segundo Jardim e Dimenstein (2007), posto que a crise aparece enquanto expressão mais intensa da “loucura”, demonstrando mais explicitamente que tipo de cuidado é oferecido a essas pessoas. Apresentam-se muitas vezes enquanto momentos de vivência ímpar e intensa da pessoa, e ao profissional como uma situação de incertezas, em relação a seu papel frente a essas vivências, a imprevisibilidade das ações da pessoa ou mesmo ao que pode ser feito diante dessa situação (KONDO, VILELLA, BORBA, PAES E MAFTUM, 2011; DELL’ACQUA & MEZZINA, 1991). As autoras consideram os serviços de urgência como “observatórios naturais” do sistema de saúde, já que se propõe a oferecer atendimento à crise, tornando-os o epicentro de análise dos processos da Reforma Psiquiátrica.

Uma das compreensões mais comuns ao momento de crise é a de uma agudização da “doença mental”. (JARDIM E DIMENSTEIN, 2007; COSTA 2003, 2010, 2013; KONDO, *et al*, 2011; DELL’ACQUA & MEZZINA, 1991). O movimento de ciranda, de crise-supressão-crise (porta giratória), que vemos na rede de atenção à saúde mental, por vezes é encadeado pelas formas de cuidado que estão sendo oferecidas. A rigidez procedimental tradicional de atendimento à crise (circuito contenção-medicação-internação) não apenas dificulta o manejo humanizado como também determina a limitação da compreensão da emergência das crises (JARDIM & DIMENSTEIN, 2007).

O recorte escolhido para a pesquisa descrita nesse capítulo é o das primeiras crises do tipo psicóticas. Elas são caracterizadas como os primeiros momentos de crises intensas, muitas vezes diagnosticadas como psicoses pela forma de suas expressões. Nesse primeiro momento as consideramos tentativas de organização de vivências que dizem da relação entre sujeito e mundo, e como tal, parte da vida (COSTA, 2014, 2017, 2018). O tema das primeiras crises ainda é pouco abordado, com poucas pesquisas na área ou grupos de atendimento especializados. Porém, estas crises têm especificidades que devem ser levadas em conta, e quando há uma preocupação em adequar a atenção considerando estas diferenças observamos melhores resultados, como preconiza o movimento internacional da intervenção precoce nas psicoses e diversas outras pesquisas sobre esta temática (MCGORRY, 2015, 2002; COSTA 2003, 2010, 2013; LOWER *et al*, 2014; TSIACHRISTAS, THOMAS, LEAL & LENOX, 2016; SEIKKULA, 2013)

McGorry (2015) aponta que, apesar das décadas de pesquisas que demonstram que a intervenção precoce melhora os prognósticos dos casos das primeiras crises, ao redor do mundo apenas uma pequena minoria de pessoas tem acesso a tratamento, e geralmente as que têm demoram para obterem auxílio. As consequências da intervenção precoce para o sujeito ou mesmo para a própria economia do país são significativas, especialmente porque as primeiras crises psicóticas geralmente acometem jovens em sua fase mais produtiva. Ressalta, ainda, que as necessidades dos sujeitos em primeiras crises são diferentes das dos

pacientes que já apresentam um histórico de muitos episódios, e que em sua experiência, perceberam que ao proporcionar o mesmo tratamento para ambos os grupos, muitas vezes prejudicavam os sujeitos em primeiras crises. Foi observado que após um período de sucessivas crises e diante da inadequação do tratamento, era comum que esses jovens optassem pelo suicídio ou se envolvessem em problemas com a lei.

Essa inadequação também era observada em referência ao ambiente de tratamento. No hospital, as pessoas em primeiras crises relatavam medo de seu entorno, diante das limitações de sua liberdade e da convivência com sujeitos com um histórico de muitos episódios e já bastante “prejudicados”. Esse contexto gerava um grande pessimismo das pessoas em primeiras crises sobre seu futuro; muitas vezes o próprio discurso da equipe era de que só restava como futuro, uma inevitável cronificação. Há que considerar ainda os perigos de uma hipermedicalização dessa população, muito além do necessário; e o fato que a experiência do internamento e o próprio diagnóstico muitas vezes eram experiências devastadoras também para a família.

Apresentaremos aqui, o recorte de uma pesquisa, cujo objetivo foi problematizar a Atenção às Primeiras Crises do Tipo Psicóticas, a partir de uma experiência em um CAPS III de Curitiba. Para isso, realizamos uma pesquisa de campo de abordagem qualitativa que utilizou, como ferramenta de coleta de dados, o diário de campo e entrevistas realizados com o sujeito em crise, seus familiares e os profissionais envolvidos na pesquisa. O processamento e a análise desses dados foram feitos através do método empírico-fenomenológico (GIORGI, 1985). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UnB, sob Protocolo CAAE 59367816.5.0000.0030; e sua viabilidade avaliada pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Foram acompanhados cinco casos utilizados como suporte às reflexões sobre a atenção às primeiras crises realizadas.

A fenomenologia foi aqui utilizada enquanto recurso epistêmico para fundamentar a construção da proposta de atenção às primeiras crises e permeou toda a concepção e realização desta pesquisa. Entendemos que, para pensar esse tipo de atenção, é interessante que haja uma articulação com a fenomenologia, para evitar cairmos em naturalismos em relação a essa complexa vivência, que envolve o sujeito em constituição na sua relação com o mundo (incluindo família e vínculos sociais), dado que a crise é vivência basilar da angústia do existir. Assim, as primeiras crises são vivências intensas que demandam sua compreensão como uma das manifestações genuínas de existir do humano, no sentido de “possibilidades de ser”, e não como anormalidade ou enfermidade *a priori* (COSTA, 2017).

A tutela, a centralidade apenas no indivíduo e na terapêutica medicamentosa, o entendimento de que a crise é apenas um sintoma de uma doença, não são frutos de incapacitações técnicas, práticas mal executadas ou descumprimento de protocolos, mas principalmente, o resultado de um pensamento anterior ao fazer, guia dessa prática, de uma construção epistemológica histórica. Logo, os pontos que aqui apresentaremos, diante de nossa experiência, não são manejos técnicos *a priori*, mas sim provocações do *pensar*, apontamentos sobre a necessidade de uma reflexão anterior ao fazer. Por isso a importância da fenomenologia, enquanto uma provocação epistemológica, e uma problematização das formas de construção do conhecimento.

Em nosso entendimento, esses pontos básicos não estão vinculados a nenhuma abordagem psicológica específica, nem mesmo a uma área apenas de atuação no campo

da saúde mental. Eles foram elencados para que pudessem ser realizados por qualquer profissional que trabalhe no contexto da saúde mental e são fundamentos que estão presentes em nossa proposta de atenção como partes essenciais. Apesar da articulação com a fenomenologia, ao serem trazidos para um diálogo com a prática, dentro do contexto da saúde mental, se tornam acessíveis a qualquer profissional, mesmo sem qualquer contato prévio com aquela, pois seria inviável requisitar que para a proposta ser funcional houvesse a necessidade de um conhecimento aprofundado na fenomenologia.

Também buscaremos não focar os pontos básicos em quantidades ou formatos de encontros (individuais, familiares, em grupo) ou relativos a frequências destes. Apesar de percebermos que são aspectos importantes da atenção às primeiras crises do tipo psicóticas, no sentido pragmático, entendemos que há a possibilidade de sua adequação a cada realidade. A seguir, elencamos os fundamentos sugeridos, a partir desse olhar fenomenológico, com breve descrição.

Foco a partir do sujeito e não na doença

É necessário se ater à pessoa como foco, e não em sua doença, cuja ênfase determinaria um reducionismo de sua vida a um mero conjunto de sintomas. Buscamos considerar a pessoa em crise como um sujeito ativo e concreto, uma pessoa, e não um objeto ou um “doente a ser tratado”. Como o sujeito em primeira crise se sente no ambiente do CAPS? Bem, protegido, acolhido? Assustado, receoso, inseguro? Essa é uma indagação feita ao sujeito? Essa é uma preocupação prevista no PTS¹?

A pessoa em crise e sua família tornam-se, assim, os maiores detentores do conhecimento a respeito daquela vivência, protagonistas dessa empreitada cujo objetivo é a compreensão do contexto e dos sentidos atrelados à crise. Os profissionais já não são aqueles com as respostas, mas os que questionam. O sujeito em crise não é mais o que “pacientemente” aguarda sua “cura”, que obedece, mas aquele que busca ativamente uma compreensão sobre si mesmo e seu entorno. A família não é mais aquela que exige dos profissionais a responsabilidade pela melhora de seu familiar e que, por vezes, se coloca ou é deixada de lado no processo de cuidado, mas participa ativamente, se responsabiliza pelo cuidado, e também propõe se compreender e a se repensar.

Mas para isso, é necessário, como Basaglia (2005) pontua, colocar entre parênteses a doença para compreender o sujeito que se encontra à sua frente. Para estar disponível a conhecer o outro, em seus sentidos e suas vivências, é necessário que consigamos abrir mão das nossas visões de mundo, das nossas verdades e sentidos.

Colocar os preconceitos e pressupostos anteriores em suspensão

Husserl (1910/1965) coloca que o prejuízo de interpretar o mundo e os sujeitos do mundo a partir dos nossos pré-conceitos, das nossas experiências anteriores, pode significar eliminar o que é visto. Assim como as teorias podem servir como lentes que nos auxiliam a enxergar o mundo de forma mais aproximada ou menos turva, podem modificar como o mundo se apresenta. Dependendo da lente que utilizamos, a visão pode “embaçar”; dependendo da cor da lente, o mundo fica mais escuro. O erro está em considerar que o mundo aparece para todos da mesma forma como nos aparece através de minhas lentes. É presumir que o mundo é esverdeado, porque o vejo como tal.

¹ Projeto Terapêutico Singular

Colocar o que pensamos que conhecemos a respeito das primeiras crises do tipo psicóticas em suspensão não quer dizer eliminar todo o conhecimento que temos a respeito desse fenômeno. Também não é se deixar levar por aquilo que conheço em detrimento daquilo que aparece como vivência do sujeito que se encontra a minha frente. Não estamos aqui diminuindo a importância das teorias, dos conhecimentos prévios, das experiências com a arte que nos permitem conhecer experiências humanas que nunca havíamos passado, dentre tantas outras formas de buscar compreender o mundo. Todos esses conhecimentos são importantes, mas nenhum deles dá conta da totalidade do fenômeno das primeiras crises do tipo psicóticas. Portanto, para conhecer o sujeito, sua vida, e compreender seu momento de crise, é necessário não presumir que sua experiência se resume ao *meu* modo de ver sua experiência. Para compreender sua vivência é necessário se debruçar sobre ela, sobre o sujeito, e seu contexto, suas relações, sua vida.

Reflexão crítica

A postura reflexiva e crítica deveria ser uma constante no trabalho, justamente pelas outras condições exigidas, uma constante vigilância de nossas próprias ideias, sentimentos e ações. E isto também deve ser construído em conjunto; nas supervisões - aqui chamadas de *intervisões*, por seu caráter circular, colaborativo e não hierarquizado - cada qual auxilia o outro a pensar sobre as intenções que redundam em ações, verificando sempre se estão de acordo com as posturas pretendidas no projeto.

Entende-se que, mais importante do que as formas e técnicas de intervenção em saúde mental, os modos pelos quais o profissional compreende o fenômeno estão diretamente ligadas à forma como ele irá se posicionar clinicamente frente ao sujeito: caso tenha uma posição para o fenômeno do sofrimento psíquico como uma “doença”, sua atitude certamente será pautada num objetivo de “cura” ou de retorno a um estado ideal de saúde. Consoante Canguilhem (1994/1966), “quando a doença é considerada como um mal, a terapêutica é tida como uma revalorização; quando a doença é considerada como uma falta ou um excesso, a terapêutica consiste numa compensação” (p. 249). Caso o profissional entenda a doença mental como um desequilíbrio da química cerebral, essa cura se dará através dos medicamentos. Caso ele entenda que a etiologia advém da história individual do sujeito, será apenas através da compreensão de sua vida pregressa, através das memórias do sujeito, que alcançará a cura. Caso tenha um entendimento como um problema social, uma “doença” da sociedade, a intervenção é na própria sociedade, eventualmente por uma “revolução”.

Essas são as três principais perspectivas hegemônicas no campo da saúde mental. E, apesar de parecerem contraditórias, carregam uma característica em comum: uma visão naturalizante do ser humano. Ou seja, há por detrás de cada concepção de “doença mental”, uma concepção do que é natural do humano, e conseqüentemente de uma suposta normalidade, a partir de concepções essencialistas, e como tais, imutáveis, universais e atemporais.

Por isso, parece-nos mais interessante investir numa reflexão crítica do que em técnicas específicas, possibilitando que o profissional se acostume com o exercício de *pensar* sobre o seu fazer, se pergunte sobre os motivos que o levam a agir de tal forma, ou mesmo a assumir um não-saber, pedindo ajuda ou buscando novas respostas. “Estamos aqui falando de uma ‘visão de mundo’ e de uma ‘visão de homem’ subjacente a esses modos de ‘fazer’.

Esta ‘visão de mundo’ nos remete ainda a um *modus operandi* dos profissionais, e aos modos de comportar relativos aos modos de ver ou perceber o mundo” (HOLANDA, 2011, p.72). São, portanto, “naturalistas” todas as explicações psicologizantes, sociologizantes, psicopatologizantes ou biologizantes; são concepções que tomam o sujeito humano sob uma única perspectiva, acreditando que assim lhes imprime a imagem da totalidade do existir humano. E por mais que se aglutine os “ismos” nas ações multidisciplinares, ainda se parte de naturalizações e se perde a singularidade do humano que se encontra à minha frente. Ao realizar a crítica desses reducionismos, procura-se compreender o papel da atenção à saúde e da ética envolvida nessa ação.

Quando Foucault denuncia a exclusão, não apenas aponta para relações de época ou para uma construção histórica; quando Goffman discute o estigma, não explicita apenas relações sociais; quando Laing, Cooper ou Szasz questionam o poder da psiquiatria, não dizem apenas de instituições formais ou condições políticas; todos estes autores (e tantos outros) falam de um aspecto fenomenológico mais importante, - mesmo que sutilmente escamoteado por detrás dos discursos - que cada experiência desvela um sujeito que ali se mostra e se apresenta (HOLANDA, 2017, p. 156).

Ao não levar em conta o sujeito que ali se mostra, qual o reflexo em minha ação? Segundo Basaglia (2005), as formas de tratamento manicomial foram apenas uma consequência do olhar para o sujeito em sofrimento como um objeto, que não possuía autoridade sob si mesmo. Assim, por mais que se tenha, a partir da Reforma Psiquiátrica, mudado nomes, locais de tratamento, técnicas de cuidado, não se mudaram as lógicas. Permaneceram compreensões naturalistas que, como tal, colocam o sujeito como objeto de um saber anterior, retirando-o de sua própria existência. Toma-se para o profissional a responsabilidade sobre as escolhas existenciais do sujeito diante seu sofrimento, diante sua vida.

Husserl (1935/2006) aqui nos interpela quando afirma que aquele que é formado nas ciências naturais julga evidente que todos os fatores puramente subjetivos devem ser excluídos e que o método científico-natural determina, em termos objetivos, o que tem sua figuração nos modos subjetivos da representação. Por isso busca o objetivamente verdadeiro também no plano psíquico. Ao mesmo tempo admite-se, com isso, que os fatores subjetivos excluídos pelo físico serão investigados pela psicologia precisamente como algo psíquico e naturalmente uma psicologia psico-física. Mas o investigador da natureza não se dá conta que o fundamento permanente de seu trabalho mental, subjetivo, é o mundo circundante (Lebenswelt) vital, que constantemente é pressuposto como base, como o terreno da atividade, sobre o qual suas perguntas e métodos de pensar adquirem um sentido (p. 90).

Talvez tenhamos esquecido que nossas construções científicas advêm do “mundo da vida”, e dele não podemos nos separar. Foucault (1976/1984) alerta para a necessidade de uma visão crítica aos conceitos que utilizamos em nossas práticas e por conseguinte, suas funções, objetivos e fundamentos. A reflexão crítica deve estar presente em nossa atuação, pois se o profissional que atende dentro do contexto da saúde mental não considera que ele está construindo conhecimento e que ele deve refletir sobre o conhecimento que utiliza, ele se torna apenas um técnico. Compartilhamos do questionamento de Foucault quando se pergunta:

Mas o que é filosofar hoje em dia - quero dizer, a atividade filosófica senão o trabalho crítico do pensamento sobre o próprio pensamento? Se não consistir em tentar saber de que maneira e até onde seria possível pensar diferentemente em vez de legitimar o que já se sabe? Existe sempre algo de irrisório no discurso filosófico quando ele quer, do exterior, fazer a lei para os outros, dizer-lhes onde está a sua verdade e de que maneira encontrá-la, ou quando pretende demonstrar-se por positividade ingênua; mas é seu direito explorar o que pode ser mudado,

no seu próprio pensamento, através do exercício de um saber que lhe é estranho (FOUCAULT, 1976/1984, p.13).

Foucault traz, aqui, a importância de um resgate da própria ciência a seu principal fundamento, a filosofia. Mas não a filosofia dogmática, e sim a filosofia como o livre pensar sobre a realidade, como questionamento, que não se contenta em reproduzir, mas em refletir. A forma como o profissional compreende um fenômeno está diretamente ligada à forma como se posiciona frente a ele (CANGUILHEM, 1994/1966).

Postura compreensiva

A vida não se explica, se compreende. Esta é uma máxima classicamente delimitada por Wilhelm Dilthey (1894/2002). No modelo explicativo, a atuação e o conhecimento são dirigidos à clarificação do princípio causal. Nessa postura, a patologia ou o sintoma são apenas efeitos, resultados dessas etiologias. Porém, “entre causa e efeito não há qualquer relação de significado” (MANGANARO, 2006, p.89). Nesse processo, uma atitude de crucial relevância é a curiosidade, o buscar conhecer; portanto, através da postura compreensiva, procura-se compreender o sujeito – a *subjetividade*, em sua vida, família, contexto social, relações mundanas em geral –, seu contexto de crise e/ou sofrimento. Como assinala Laing (1973): “Que se pede de nós? Que o compreendamos? O cerne da experiência esquizofrênica de si mesmo permanecerá incompreensível para nós (...). Precisamos reconhecer a todo o tempo sua singularidade e diferenciação” (p. 20).

Acompanhar e não tutelar

Na ânsia por “saber” da crise do sujeito, de poder explicar seus sintomas ou diagnosticar sua “doença”, buscamos o *controle* sobre a situação de crise, e nesse controle, tutelamos. A tutela se torna a única opção quando há receio ou preocupação com o controle. Em pesquisa sobre os significados atribuídos pelos profissionais e familiares às situações de crise, Lima, Jucá, Nunes e Ottoni (2012) apontam que, para os entrevistados, as pessoas em crise se tornam “perigosas, violentas, agressivas, brabas, despertam medo, incomodam os outros, quebram e destroem coisas, gritam (...), estão em sofrimento, angustiadas, ouvem vozes, necessitam de vigilância contínua, confusas, em risco de morte, desestruturam famílias” (p.428). A fala desses entrevistados discorre sobre as concepções e sentidos de crise em nossa cultura: a crise está na ordem do que é estranho, perturba e assusta.

O que aparece para nós como crise são aqueles aspectos que causam alguma ordem de estranheza e uma perturbação social importante (...) a psicose é uma questão fundamentalmente social e o que vai parar na porta da emergência psiquiátrica é, fundamentalmente, aquilo que corresponde a uma perturbação psíquica que gera algum tipo de ressonância social importante. (...) Sem ressonância social, o fato psíquico deixa de ser relevante (SILVA, 2007, p.52)

Nossas dificuldades em lidar com as incertezas e incompreensões que o fenômeno da crise apresenta, induzem o risco de se cair na tutela; tomando para si a responsabilidade sobre a situação/vida/existência do outro; (...) “é importante que a cautela não se configure como tutela” (COSTA, 2007, p.102). A ideia de tutela, e boa parte das condutas protecionistas, se baseiam na ideia de risco associada à crise. Em nome da ética, da segurança de familiares, de outros membros

da sociedade ou de si mesmo, da saúde alheia, atua-se buscando proteção contra o desconhecido, o inesperado, o imprevisível, o incontrolável. Segundo Dell'Acqua e Mezzina (1991), "(...) o apoio à autonomia ao poder do paciente não pode se exaurir em formas estéreis de protecionismo e defesa passiva dos direitos do paciente com indivíduo, mas pressupõe um itinerário de transformação para todos os sujeitos envolvidos, iniciado no momento do contato" (p. 58).

Compreende-se que na atenção às primeiras crises do tipo psicóticas é necessário correr alguns riscos, para encontrar possibilidades de cuidado com o sujeito em seu contexto, em uma co-responsabilização com ele e seus laços sociais, como a família. Mas com isso não se exime a cautela e a oferta de ajuda. A autonomia não deve ser confundida com independência ou auto-suficiência. Nicácio e Campos (2004) relembram a necessidade de uma co-responsabilização na hospitalidade integral em serviços abertos e territoriais como o CAPS, em busca de uma gestão coletiva. A presença da família e dos amigos da pessoa em crise não deveria ser uma eventualidade ou exceção, mas a regra.

Para que haja possibilidade de se vivenciar a crise para além de um risco – mas também como oportunidade – é necessário que haja condições para essa transformação de si e do meio. Assim, muitas vezes, o fundamental na atenção à crise é criar condições e espaços para que o investimento possa se dar em "(...) espaços nos quais uma pessoa possa se hospedar sem que haja intenção de "resgatá-la" ou "direcioná-la" na vida, em face de um estado de fratura que retorna ao seu presente" (COSTA, 2007, p.104).

A crise não é apenas do sujeito

A crise não é uma vivência individualizada. Buscamos compreender a crise no contexto complexo ao qual pertence. A crise é compreendida como um evento *histórico*, que diz de uma relação entre sujeito e mundo (contexto, relações, corpo, cultura) do qual não é possível sua redução ou simplificação. Afinal, toda *subjetividade*, para a Fenomenologia, deve ser compreendida como *intersubjetividade*. Tomemos, por exemplo, a fala de uma das colaboradoras da pesquisa - Marcela, irmã de Iva² - durante a entrevista final, na qual podemos verificar como essa percepção foi sendo desenvolvida ao longo dos encontros familiares, e que delimitaram que não apenas era Iva que estava em crise, mas toda a família:

Marcela: *Ninguém confia em ninguém todo mundo acha que um tá enganando o outro. Todo mundo se defende um do outro; em vez de ouvir de coração aberto mas é que é todo mundo, todo mundo! então... é difícil, eu acho que assim, pra melhorar as coisas aqui em casa eu acho que, ninguém aqui tá, tá todo mundo mal, eu não vejo ninguém bem.. você não tá bem, você não tá bem, você não tá bem, eu não to bem. Eu estou destruída! Eu comecei um estágio, eu não consegui ficar. Porque eu não tinha o que dar de mim! [...] Acho que todo mundo só quer apontar para o outro, se defender, em vez de olhar 'nossa eu também podia ter melhorado', poxa eu vi que eu errei nisso, me desculpa, mas se você também podia ter se olhado? [...] Porque eu não estou bem. Nem em família, sozinha, eu não estou bem. Eu não vejo a minha mãe bem, porque não dorme, vive... a mãe não dorme, ela acorda várias vezes na noite, tem insônia, isso não é estar bem. Vive preocupada, chorando. Você vive sozinho, naquele apartamento lá enfurnado, fumando. Está bem a sua qualidade de vida? Desculpa aí, vou ter que ser bem sincera, por mais que doa. Eu vejo aqui um monte de gente se defendendo da própria tristeza. A gente, às vezes, não quer se abrir por medo, assim, de escancarar os nossos próprios... porque dói, dói demais olhar pra trás e ver que fez um monte de merda, né, pai? Né pra todo mundo aqui, até pra mim. Dói, né? Por isso que às vezes a gente foge. Foge de querer mudar. Porque, você está feliz, pai? Com a sua vida hoje. Você está bem?*

Caio: *Claro que eu não estou feliz. [...]*

Marcela: *Você está bem com você?*

Sofia: *Não to feliz.*

² Nomes fictícios.

Nicácio e Campos (2004) discorrem sobre como “a complexidade das situações de crise não pode ser lida como um dado isolado e a própria compreensão é redimensionada em processo, na continuidade da relação” (p. 76), e apontam a condição da crise como uma complexa situação existencial (DELL’ACQUA & MEZZINA, 1991). Assim, igualmente complexos devem ser os recursos e instrumentos para sua atenção. A atenção às famílias é de extrema relevância; porém, notamos que muitas vezes esse acompanhamento se dá de forma superficial, com propostas de trabalho esvaziadas de sentido (CAMPOS, 2001). Por vezes, os grupos de família têm como objetivo informar os familiares da evolução do sujeito, o que acaba colocando o usuário do serviço novamente como um objeto. Outras vezes se utiliza os grupos para pedir informações do usuário, e assim, a história do sujeito passa a ser a história da perspectiva da família, retirando novamente de circuito as percepções, sentidos e vivências do sujeito.

A estreita vinculação entre a crise psicótica e relações familiares encontra eco na literatura. Assim, trabalhar com cada família na atenção de pessoas em crises psicóticas se torna essencial (COSTA, 2010), visto que “a dinâmica inserida em certas situações familiares pode contribuir para a perpetuação e manutenção de uma característica já definida de doença em um membro da família e, desta forma, à produção de cronicidade” (COSTA, 2003, p. 123). A compreensão sistêmica auxilia nesse alargamento da compreensão de crise, entendendo quaisquer fenômenos enquanto cadeias conectadas. Não há indivíduos isolados, mas pessoas integradas a um sistema, pertencentes e criadoras de relações, sentidos, vivências múltiplas e compartilhadas.

Falar de crise é falar da vida

Nos Centros de Crise da Itália, o acolhimento se dá de uma forma particular a cada caso, sem intervenções pré-constituídas ou mesmo “equipes especiais” de intervenção, já que esta pode ser feita por qualquer pessoa que trabalhe no centro. Quando possível, é preferível esse acolhimento nos próprios “territórios” do sujeito (como sua casa, por exemplo), utilizando também intermediários, que seriam as pessoas significativas para o sujeito, visto que mesmo a simples disponibilidade de “ir ao encontro” da pessoa é extremamente benéfico. Outros recursos de acompanhamento da crise mencionados são atitudes simples como telefonemas, envolvimento de outros sujeitos (amigos, líderes religiosos ou mesmo de um vizinho, por exemplo), que podem auxiliar em aspectos mais práticos no cuidado à vida do sujeito e de sua família ou conviventes (DELL’ACQUA & MEZZINA, 1991); ou seja, para compreender a realidade de vida do sujeito é importante verificar “onde vive, onde dorme, o que come, com quanto dinheiro vive, com quem se encontra, quem está a sua volta, onde trabalha” (p. 70). Questões da materialidade da vida são igualmente importantes na atenção à crise.

Na nossa experiência, a reconstrução da história através dos múltiplos momentos de contato e de conhecimento entre o serviço e a pessoa, nos seus locais de vida, com a rede das suas relações, com os seus problemas materiais e concretos, tende a colocar a crise no interior de uma série de eixos que são capazes de torná-la compreensível (não de explicá-la), de dar um senso à crise e, enfim, de recuperar a relação entre as valências de saúde, os valores de vida e a própria crise (DELL’ACQUA & MEZZINA, 1991, p. 56).

Antes de aspirar a uma resolução de conflitos no cenário provado (familiar ou microssocial), tentando chegar a uma rápida normalização do sujeito, como é comum nas estratégias de “*crisis intervention*”, a resposta à crise no serviço territorial é preferencialmente

voltada a reconectar, a colocar em contato o paciente com um sistema de relações e de recursos humanos e materiais (Dell'Acqua e Mezzina, 1991), dado que não há como pensar em mudanças internas e individuais sem uma perspectiva de atravessamento, interrelacionamento e relação interioridade-exterioridade (Costa, 2007). A mudança depende de relações, encontros, recursos, condições favoráveis, não há como pensar nessas condições sem contar com os outros. O profissional que trabalha no CAPS, muitas vezes se volta a um discurso que olha apenas a doença, e não a vida como um todo. O que pode gerar ações que se voltam apenas ao sofrimento humano, e nada mais.

A fala de nossos colaboradores de pesquisa nos provocou a pensar sobre a necessidade de se tratar³ da vida como um todo e não apenas da doença ou do sofrimento. E demonstraram em suas falas que isso não apenas era importante, mas essencial ao seu processo de encontro de sua saúde (PUCHIVAILO & HOLANDA, 2016, p. 78).

Busca-se ampliar a compreensão do fenômeno das primeiras crises do tipo psicóticas, dessa vivência do sujeito e daqueles que o rodeiam. Não como uma urgência médica, que exige uma ação do profissional especializado, único conhecedor das causas do momento de urgência e cuja agilidade visa remediar, curar, parar o momento da crise/urgência em busca de um retorno à normalidade. Esse tipo de ação é assertivo em situações referentes ao corpo humano, mas quando abordamos a dor e o sofrimento que não são apenas do corpo, esse tipo de intervenção pode deixar escapar os sentidos singulares do sofrimento dessa pessoa e de seu contexto, apresentados por esse momento de crise.

A crise se torna então mais do que uma dor ou uma situação patológica a ser rapidamente sanada, mas especialmente um momento de oportunidade de compreensão de uma situação de vida, de um contexto. Isso quer dizer também que é importante pautar nossas ações no contexto de vida do sujeito e aproveitar os potenciais e recursos que se apresentam nela. Muitas vezes os recursos da vida do sujeito são sub-utilizados - como suas relações, hobbies, etc. - aquilo que dá sentido à sua vida. Há uma urgência na escuta de um sofrimento, de uma situação, que pode não estar observada. Mas não é só o profissional da saúde que deve ter essa escuta, como justamente todos aqueles envolvidos na situação de crise. Cabe então ao profissional ser aquele que não só escuta, mas que ajuda o outro a escutar. Uma ação que exige uma desconstrução das formas de conhecer e de interagir com a situação de crise, da loucura, do sofrimento humano.

O sintoma tem seus sentidos

Devido ao predomínio do modelo biomédico, hegemônico na atualidade, estigmatizamos a experiência de uma primeira crise do tipo psicótica como uma "patologia" ou "doença mental". Com isso, transformamos vivências complexas em meros sintomas, signos de uma patologia.

Cada sujeito tem vivências tidas como "psicóticas" de um modo singular, único. Tomemos o exemplo de "ouvir vozes". Paul Baker (2015) refere a esta experiência como significativa e real, e algumas vezes dolorosa. Muitas vezes as vozes falam com o sujeito que as ouve de forma metafórica sobre suas vidas e, por isso, é interessante compreender a que vêm as vozes, seus sentidos. É comum que, partindo de um modelo biomédico, a audição de vozes passe a ser considerada apenas um sintoma, e como consequência, não se ter uma

³ Tratar aqui não como cuidar de uma doença, mas com o significado de conversar, discutir, trocar ideias.

preocupação em compreender o sentido daquela experiência para o sujeito. Nem sempre a audição de vozes é algo negativo na vida do sujeito. No grupo de Ouvidores de Vozes, busca-se explorar a relação da voz com o ouvindo, auxiliando o sujeito a tentar compreender o que as vozes estão querendo, tentando ajudar a pessoa a retomar o controle sobre sua vida, o que muitas vezes é prejudicado pela audição de vozes.

Assim, é relevante buscar, junto ao sujeito, levando em conta seu contexto cultural, o sentido das experiências que ele pode ter em um momento de crise. Minkowski (2000) procurou desenvolver uma visão antropológica da psicopatologia que busca compreender as modalidades existenciais do homem, levando em conta sua singularidade com o objetivo de elucidar os sentidos dos sintomas. Nesta “visão antropológica” da psicopatologia se propõe tentar alcançar um quadro mais amplo da estrutura existencial do homem (HOLANDA, 2001).

Muitas vezes precisamos sustentar a ideia de que “a fala delirante”, por exemplo, tem sentido. Muitas vezes temos que auxiliar a família a aceitar essa ideia já que o modelo hegemônico diz que aquilo é apenas um sintoma sem sentido, além de apontar a presença de uma doença. Um esforço para a escuta que deve ser realizado de forma aberta às diferentes expressões humanas, muitas vezes tão incomuns, exóticas e únicas. De acordo com Figueiredo (1995),

compreender é, de alguma forma, elucidar a experiência vivida que se manifesta pelos ou nos atos comunicativos. Ora, os atos comunicativos são sempre atos de um indivíduo historicamente e culturalmente datados, articulados ao conjunto estruturado da biografia individual que, por sua vez, integra-se ao sistema total das formas culturais. É só nessa articulação com o conjunto da vida do indivíduo e da sociedade que o ato adquire um *sentido* (p. 151).

Os atos, expressões e percepções do sujeito apresentam sua história, sua vida, os sentidos que atribui ao mundo, seu contexto. Debruçar-se sobre os sentidos dessas expressões, para além de as enquadrar enquanto sintomas, é conhecer o sujeito, é uma fonte de informações, potenciais, recursos e histórias. Como afirmam Seikkula e Arnkil (2006): “Apesar dos comentários do paciente soarem incompreensíveis nos primeiros encontros, depois de um tempo pode ser visto que na verdade o paciente estava falando de eventos reais em sua vida” (p. 53).

O objetivo do tratamento proposto então é “gerar formas de construir palavras para essas experiências que não possuíam palavras” (SEIKKULA & ARNKIL, 2006, p. 54). O grupo ainda pontua um aspecto que entendemos como de suma importância, de que durante os primeiros dias da crise, ou mesmo em nossa compreensão nos momentos mais intensos da crise, temas são expressados, coisas são ditas, que muitas vezes não serão repetidas com a diminuição da intensidade da crise. São temas que posteriormente se tornam mais difíceis de serem introduzidos. Em nossa experiência de campo pudemos perceber que são muitas vezes até mesmo negados pelo próprio sujeito que os havia expressado.

Este é uma visão que não observamos comumente nas compreensões do campo em geral em relação à crise. Muito pelo contrário, parece que quanto mais “delirante” e “desorganizado”⁴ o sujeito está, menos atenção se dispõe ao que está sendo dito. Em uma conversa com uma das psicólogas que participou da pesquisa, ela trouxe um caso de primeiras crises em que o rapaz estava no leito do CAPS e ela havia conversado um pouco com ele naquele dia. Trouxe que seu discurso estava muito desorganizado, e que trazia temas relacionados com o tempo e a morte. Conversamos sobre a importância de

⁴ Colocamos estes termos entre aspas porque os próprios conceitos exprimem o entendimento de uma não veracidade ou incompreensibilidade daquilo que está sendo dito.

compreender aquilo que estava sendo dito, e ela nos indagou sobre a viabilidade disso, dado que o discurso estava confuso. Ela continuou realizando essa escuta, e pouco a pouco foi compreendendo os sentidos que se apresentavam no discurso dele. Porém, entendemos a partir dessa conversa e de outras vivências no CAPS que em situações como esta, costuma-se esperar que o sujeito “se torne mais compreensível”, que os sintomas diminuam para que, então, se busque uma compreensão da situação.

O sujeito em primeira crise do tipo psicótica se apresenta pleno de sentidos, mesmo quando se expressando em uma fala delirante, em outra língua ou em catatonia. Todas essas falas “dizem”, traduzem sentidos. E principalmente, trazem os sentidos mais importantes naquele momento para o sujeito e para o seu contexto. Através dessa fala e da compreensão do contexto, a partir de uma escuta de familiares, amigos, professores, colegas de trabalho, etc., podemos nos aproximar dessa vida e suas dificuldades, que se apresentavam muito antes do momento da crise. “Trata-se de reconhecer nos atos, aparentemente ‘sem significado’, ‘doentes’, ‘marginais’, ‘inadaptados’ etc., a marca do sociocultural” (VELHO, 2003, p.28).

Então se torna necessário também cuidar desse ambiente, das relações com o mundo, revisitando-as junto ao sujeito enquanto uma construção possível ao potencial daquele sujeito em suas relações e daqueles atrelados a este sujeito, levado em conta suas potencialidades de mudança também. A necessidade não é só da mudança do sujeito, mas também do mundo que o cerca.

Segundo Schneider (2009), as reflexões realizadas pela fenomenologia na psicopatologia possibilitaram um rompimento com a noção individualizante do fenômeno patológico. Neste contexto sociocultural, incluímos a família enquanto instância microcultural, além de aspectos da própria vida do sujeito, que sempre se encontra em relação com o mundo (HUSSERL, 1913/2006).

Não filiação a nenhuma abordagem psicológica ou ideologia

É possível realizar uma atenção às primeiras crises do tipo psicóticas sem a direcionalidade e unicidade de uma única abordagem psicológica? Buscamos fundamentar nossa proposta na fenomenologia e acolher as diferentes teorias e perspectivas dos profissionais sobre o fenômeno das primeiras crises. Um dos maiores desafios dessa pesquisa foi pensar em uma prática de atenção às primeiras crises do tipo psicóticas que não estivesse filiada a uma abordagem ou teoria ou linha da Psicologia, ou mesmo que não estivesse filiada à própria Psicologia, pois deveria poder ser compreendida e utilizada por qualquer área da saúde, o que implica igualmente em não se filiar a qualquer ideologia (conjunto de ideias, de pensamentos ou doutrinas que orientam e direcionam o olhar frente ao fenômeno estudado, mascarando-o).

Ao projetar esta pesquisa no contexto de um CAPS, tivemos que pensar em uma proposta que acolhesse diferentes profissionais, diferentes abordagens e compreensões do fenômeno do sofrimento humano. Logo, nossa compreensão é de que é possível pensar em uma atenção às primeiras crises do tipo psicóticas sem necessitar de uma filiação em uma só abordagem/teoria psicológica.

Considerações finais

O uso da Fenomenologia enquanto recurso epistêmico possibilitou a construção de uma atenção às primeiras crises do tipo psicóticas liberta de qualquer filiação a construtos teóricos, a abordagens psicológicas, ou a qualquer ideologia. A partir da pesquisa realizada elencamos o conjunto de posturas e principalmente de compreensões a respeito do fenômeno das primeiras crises do tipo psicóticas acima elencadas que permitem uma flexibilidade de diálogos com diferentes fazeres e profissionais atuantes na saúde mental. Permitindo uma adaptação a realidade de cada dispositivo.

Acreditamos que recuperar o “espírito” de uma *atitude fenomenológica* - como aquela “atitude de busca, de questionamento, de investigação constante” (HOLANDA, 2014, p. 28), para além das problemáticas conceituais, é uma forma de aproximar o leitor (e os atores do cenário e do contexto da saúde em geral) daquele elemento que, talvez, seja o mais óbvio e ao mesmo tempo, o mais olvidado quando se invertem as posições e se enfatiza a “institucionalização”, que é o próprio sujeito do sofrer. Essa *atitude fenomenológica*, aqui entendida como

uma *disposição* - melhor entendida como uma *dis-posição* - do sujeito da consciência, como uma mudança de posição. (...) um deslocamento de uma posição para outra, de um desalojamento, ou seja, da posição natural para a fenomenológica, que possibilita a “descoberta” do mundo. “Descobrir” é um verbo interessante neste momento, pois aqui não se trata de outra coisa que não seja realizar o *des-encobrimento* do mundo, que estava “coberto” pelas vias das ideias, da cultura, das ideologias, do “já-sabido”, na direção de uma outra experiência (HOLANDA, 2014, p. 66).

Reafirmamos que a proposta de uma Fenomenologia da Crise Psíquica pressupõe uma Fenomenologia do Sofrimento Psíquico, embasado no pressuposto que o sofrimento é inerente ao ser humano, que sofrer é do sofrente e do existente e é o campo da própria psicopatologia fenomenológica revisitada (HOLANDA, 2014). Para tanto, autores como Edmund Husserl (intencionalidade, mundo da vida, intersubjetividade etc), Martin Heidegger (Dasein, Existenciais, Angústia, Ser para morte, etc), Michel Henry (afetividade e auto-afecção na vida) e as éticas da alteridade (Lévinas) e do cuidado, dentre outros, serão fundamentais para um aporte mais consequente deste fenômeno genuinamente humano denominado crise psíquica (COSTA, 2016).

É, portanto, a ação de recuperar o mundo, ter o mundo por fenômeno, não apenas a sua representação previamente dada e dirigir o olhar para fenômenos complexos como a clínica e a psicopatologia, o que nos faz recordar da advertência de Henri Maldiney, quando fala do existente, pelo olhar do clínico: “Vocês que têm por assunto o homem doente, têm por assunto o homem. Isso está compreendido. Mas comumente mal-entendido. Dado que o olhar que colocamos sobre o homem doente se acomoda tão facilmente sobre a doença que cessamos de ver o homem e não compreendemos nada mais então do que a *sua* doença” (MALDINEY, 2007, p. 23). E é nesta direção que esperamos poder contribuir para revisar esse tema e suas consequências.

REFERÊNCIAS

BAKER, P. **Abordagens de ouvir vozes: treinamento no Brasil**. São Paulo: CENAT, 2015.

BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

- CAMPOS, R. O. Clínica: A palavra negada – Sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. **Saúde em Debate**, 25(58), 98-111, 2001.
- CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária (Original de 1943), 1995.
- COSTA, I. I. **Da fala ao sofrimento psíquico grave: Ensaio acerca da linguagem ordinária e a clínica familiar da esquizofrenia**. Brasília, 2003.
- _____. Reflexões fenomenológicas sobre a crise psíquica grave e seu cuidado. Em Morujão, Pereirinha e Fernandes (Orgs.). **Fenomenologia e Psicanálise**. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2016.
- _____. A crise psíquica enquanto paradigma do sofrimento humano. (Re)Pensando o psíquico como expressão do existir e seu cuidado. Em Faria & Holanda (Orgs.). **Saúde mental, sofrimento e cuidado**. Curitiba: Juruá, 2017.
- _____. (Org.). **Da psicose aos sofrimentos psíquicos graves: caminhos para uma abordagem complexa**. Brasília: Kaco Editora, 2010.
- COSTA, M. S. da. Construções em torno da crise: saberes e práticas na atenção em Saúde Mental e produção de subjetividades. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, 59 (1), 94-108, 2007.
- DELL'ACQUA, G & MEZZINA, R. Resposta à crise. In: Delgado, J. **A loucura na sala de jantar**. São Paulo: Editora Resenha, 1991.
- DILTHEY, W. **Psicologia e Compreensão**, Lisboa: Edições 70 (Original de 1894), 2002.
- FIGUEIREDO, L. C. M. **Matrizes do pensamento psicológico**. Petrópolis Vozes, 1995.
- FOUCAULT, M. **História da sexualidade 2 - o cuidado de si**. Rio de Janeiro: Graal (Original de 1976), 1984.
- GIORGI, A. **Phenomenology and Psychological research**. Pittsburgh: Duquesne University Press, 1985.
- HOLANDA, A. F. Psicopatologia, exotismo e diversidade: ensaio de antropologia da psicopatologia. **Psicologia em Estudo**, 6(2), 29-38, 2001.
- _____. Gênese e histórico da psicopatologia fenomenológica. In: V. A. Angerami (Org.). **Psicoterapia e Brasilidade**. São Paulo: Cortez, 2011.
- _____. Por uma Clínica Fenomenológica do Sofrimento: o sofrer é do sofrente e do existente. Em Costa, I. (Org.). **Sofrimento humano, crise psíquica e cuidado**. Brasília: Finatec/EDUnB, 2014.
- _____. Loucura, exotismo e diversidade: revisitando um olhar antro-po-fenomenológico. In: A. F. Holanda e N. J. de Faria (Org.). **Sofrimento e Cuidado: Fenomenologia do adoecer e do cuidar**. (pp.155-189). Curitiba: Juruá, 2017.
- HUSSERL, E. **Ideias para uma fenomenologia pura e para uma filosofia fenomenológica**. São Paulo: Ideias e Letras (Original de 1913), 2006.
- _____. **A Filosofia como Ciência de Rigor**. Coimbra: Atlântida (Original de 1910), 1965.

_____. **A crise da humanidade européia e a filosofia**. Porto Alegre: Edpucrs (Original de 1935), 2006.

JARDIM, K. & DIMENSTEIN, M. Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. **Psicologia em Revista**, 13(1), 169-190, 2007

KONDO, E. H; VILELLA, J. C; BORBA, L. DE O.; PAES, M. R; MAFTUM, M. A. Abordagem da equipe de enfermagem ao usuário na emergência em saúde mental em um pronto atendimento **Rev Esc Enferm USP**; 45(2): 501-507, 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000200028>

LAING, R. D. **O O Eu dividido: estudo existencial da sanidade e da loucura**. Petrópolis: Vozes. (Original de 1960), 1973.

LIMA, M., JUCÁ, V. J., NUNES, M., OTTONI, V. Signos, significados e práticas de manejo da crise em Centro de Atenção Psicossocial. **Interface**, 16(41), 423-434, 2012.

MALDINEY, H. L'existant. Em Pierre Fédida & Jacques Schotte (Orgs). **Psychiatre et Existence** [pp.23-46]. Paris : Éditions Jérôme Millon, 2007.

MCGORRY, P. D. Early Intervention in Psychosis: Obvious, Effective, Overdue. **J Nerv Ment Dis**, 203 (5): 310-318. Doi: 10.1097/NMD.0000000000000284, 2015

MINKOWSKI, E. Breves reflexões a respeito do sofrimento. **Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam.**, 3(4), 156-164 (Original de 1968), 2000.

NICÁCIO, M. F. & CAMPOS, G. W. A complexidade da atenção às situações de crise: contribuições da desinstitucionalização para a intervenção de práticas inovadoras em saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. (USP)**, 15 (2), p.71-81, 2004.

PUCHIVAILO, M. C. & HOLANDA, A. F. "Fome de vida": Reflexões sobre a atenção à saúde mental a partir de uma pesquisa fenomenológica. In: M. J. E. Cardoso e A. F. Holanda. (Org.). **Psicanálise e Fenomenologia: Estudos e Pesquisas Clínicas**. (pp.61-79). Curitiba: Juruá, 2016.

SCHNEIDER, D. R. Caminhos históricos e epistemológicos da psicopatologia: contribuições da fenomenologia e existencialismo. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, 1(2), 62-76., 2009.

SEIKKULA, J. & ARNKIL, T. **Dialogical meetings in social networks**. London: Karnac, 2006.

SILVA, M. V. Loucura, Psicose e ressonâncias sociais. In: **Rev. In-Tensa. Ex-Tensa**, Salvador-Ba: UFBA, Ano I, n. I, p. 52-69, 2007.

VELHO, G. **Desvio e Divergência: Uma Crítica da Patologia Social**. Rio de Janeiro: Zahar (Original de 1974), 2003.

7. CONTRIBUIÇÕES DA FENOMENOLOGIA DE HUSSERL E STEIN PARA A ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM PARA A SAÚDE DO HOMEM

Cleiry Simone Moreira da Silva
Joelma Ana Gutiérrez Espíndula
Paulo Sérgio da Silva

Introdução

O eixo temático “Saúde do Homem” ficou mais visível para a sociedade brasileira a partir do ano de 2009, quando o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) para faixa etária dos 25 a 59 anos. Nessa perspectiva, este capítulo insere-se no atual contexto da implantação da PNAISH junto às equipes de saúde no município de Boa Vista, Roraima e parte da pesquisa intitulada: *A saúde do homem: cuidado humanizado dos enfermeiros na atenção básica*.

O interesse nesta investigação emerge nas equipes de saúde que prestam atendimentos a demanda masculina, bem como se debruçar sobre as expectativas em relação à implementação desta política na perspectiva de coordenadores do programa, possibilitando o entendimento e ações que proporcionam maior cobertura do cuidado à saúde masculina com promoção e prevenção à saúde. Nesse sentido, nosso caminho se apontou para compreensão do que vem a ser humanização na atenção primária, configurando a dissertação de Mestrado intitulada: “A saúde do homem: cuidado humanizado dos enfermeiros na atenção básica” defendida em setembro de 2014, no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – PROCISA, da Universidade Federal de Roraima, orientado pela professora Doutora Joelma Ana Gutiérrez Espíndula. O estudo teve como objetivo compreender as atividades que viabilizam o cuidado humanizado da população masculina em Boa Vista-RR tendo como referencial a fenomenologia de Edith Stein. Os dados utilizados para o desenvolvimento deste capítulo foram produzidos com nove enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde (UBS), incluídos como critério de seleção apenas um enfermeiro de cada macroárea, pelo fato que esses profissionais geralmente coordenam os programas de saúde, participam da assistência dos usuários do posto de saúde no município de Boa Vista capital do estado de Roraima, localizado na Amazônia Legal, região Norte do Brasil. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Roraima (UFRR) sob a numeração CAAE:16348913.0000.5302, atendendo aos critérios da resolução 466/2012 que regulamenta a pesquisa com seres humanos, cumpridos todos os preceitos ético-legais.

A modalidade de pesquisa escolhida foi qualitativa fenomenológica, apoiada no referencial de Edmund Husserl e Edith Stein e interpretada por Bello, sendo que o método fenomenológico permite a escuta dos relatos dos participantes que se propuseram a colaborar com a investigação para compreender e analisar o ser humano na sua totalidade física, psíquica e espiritual; o que possibilita um aprofundamento e uma correlação entre a sua interioridade e exterioridade e evidencia-se nos desdobramentos das análises desenvolvidas (BELLO, 2004; 2006; 2015). Na análise fenomenológica das experiências dos participantes foram aprendidos dois pontos essenciais para a discussão dos achados alinhados na compreensão do conceito de saúde no contexto das políticas públicas e as compreensões da atuação do enfermeiro na atenção básica para saúde do homem. A identificação desses aspectos torna-se ponto relevante neste capítulo e pode ser identificado

com uma breve exposição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: a trajetória e conjuntura atual e a atuação do profissional enfermeiro e de maneira transversal em duas seções intituladas: “Princípios fundamentais da fenomenologia” e “Resultados e Discussões”. Com estas discussões assumimos seus conteúdos teóricos e metodológicos como ferramentas que podem ser utilizadas na construção coletiva de estratégias que gradativamente eliminem e/ou potencializem os elementos envolvidos na acessibilidade do público masculino aos serviços primários de saúde.

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: a trajetória e conjuntura atual e a atuação do profissional Enfermeiro

Um importante fator a ser considerado no contexto de criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) de acordo com a Portaria GM/MS nº1944, de 27 de agosto de 2009 é a posição dos homens em relação a sua saúde. Foi evidenciado através dos estudos e indicadores da saúde masculina, pelos estudos que instituíram a PNAISH amplamente divulgado na mídia, no intuito de alertar para uma realidade preocupante e principalmente, para novas ações que visavam melhorar a saúde do homem.

A ausência do público homem dos serviços de atenção primária faz com que o indivíduo fique privado da necessidade à preservação de sua saúde e continue a fazer uso de procedimentos desnecessários, como se a procura pela atenção houvesse ocorrido em momento anterior. Os agravos poderiam ser evitados caso os homens realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção primária. A resistência masculina à atenção primária aumenta não somente a sobrecarga financeira da sociedade, mas também, e, sobretudo, o sofrimento físico e emocional do paciente e de sua família, na luta pela conservação da saúde e da qualidade de vida dessas pessoas (FIGUEIREDO, 2005).

Isto se justifica pelo fato de que a principal entrada ao sistema de saúde para a população masculina são os serviços de atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, em estágios já avançados do adoecimento. Este comportamento não apenas contribui para a maior vulnerabilidade dos homens a enfermidades graves e crônicas (bem como a mortalidade mais precoce destes em comparação com as mulheres), como também onera o sistema de saúde com tratamentos prolongados e de alto custo que poderiam ser evitados por meio de cuidados preventivos (COURTENAY, 2000).

Esta situação reflete o entrecruzamento das barreiras sociais e institucionais a que se refere à política. Se, de um lado, a resistência masculina à procura por cuidados preventivos e primários decorre das variáveis culturais que estabelecem uma dissociação entre os valores de masculinidade e a fragilidade representada pela doença, por outro, é justificada pelo horário de funcionamento, que coincide com a carga horária de trabalho da maior parte da população masculina (BRASIL, 2008).

A PNAISH estabelece, então, como objetivo principal “promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade dessa população, através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde”. Também a PNAISH, tem o propósito de qualificar os profissionais de saúde para o correto atendimento à saúde do homem, implantar assistência em saúde sexual e reprodutiva, orientar sobre promoção, prevenção e tratamento das enfermidades. Sobretudo, objetiva que

os serviços de saúde reconheçam os homens como sujeitos que necessitem de cuidados e, assim, incentive-os na atenção à própria saúde (BRASIL, 2008).

Ressaltamos que, a implementação da PNAISH de acordo com suas diretrizes oriundas do Ministério da Saúde, depende das responsabilidades compartilhadas pelas três esferas de gestão, conforme definidas na política. As ações estão calcadas em duas grandes linhas de atuação: o desenvolvimento de mecanismos de fortalecimento e qualificação da atenção primária para atender às necessidades de saúde da população masculina, com destaque para as questões de saúde sexual e reprodutiva; e a definição de respostas urgentes para a redução dos altos índices de morbimortalidade associados, principalmente a: causas externas (homicídios, acidentes de trânsito, agressões), consumo de álcool e outras drogas, tumores e doenças dos aparelhos digestivo, circulatório e respiratório. Operacionalizada primeiramente na atenção Básica de saúde e inserida na rede de saúde de atenção do SUS.

No Brasil, o modelo é chamado de Atenção Básica (AB) e compreende a ideia de um sistema universal e integrado de ação à saúde, atenção secundária e terciária o qual leva o nome de Rede de Atenção à Saúde. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Política Nacional de Humanização (PNH) a AB tem como fundamentos: possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, como território adstrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada e em consonância ao princípio de equidade; efetivar a integralidade em seus vários aspectos de integração de ações programáticas, articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho interdisciplinar em equipe, além da coordenação do cuidado na rede de serviços; desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação; avaliar e acompanhar os resultados alcançados como parte do processo de planejamento (BRASIL, 1990).

Contudo, considera-se essencial que além dos aspectos educacionais, entre outras ações, os serviços públicos de saúde sejam organizados de modo a acolher e fazer com que o homem se sinta parte integrante deles. Inserindo o princípio a humanização e a qualidade, que implicam na promoção, reconhecimento e respeito à ética e aos direitos do homem.

Finalmente, a PNAISH, está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica em consonância com os princípios do SUS, fortalecendo ações e serviços em redes e cuidados da saúde, com as estratégias de humanização em saúde, privilegiando a Estratégia de Saúde da Família onde os profissionais da saúde atual de acordo com as diretrizes nacionais.

A enfermagem caracteriza-se como profissão somente a partir de 1890, na Inglaterra, com Florence Nightingale. Ela organiza-se sob a ótica capitalista de produção e, internamente, pela divisão do trabalho. A sua institucionalização vem acompanhada de outros dois aspectos marcantes, a disciplina e a hierarquia (PEDUZZI; ANSELMINI, 2002).

No Brasil, os precursores da enfermagem foram religiosos que se dedicavam ao trabalho nas Santas Casas, enfermarias dos jesuítas e outras ordens religiosas. Em 1890, surge, no país, a primeira escola de formação de enfermeiros e enfermeiras, Escola Alfredo Pinto, no Rio de Janeiro organizada e controlada por médicos. Somente em 1923, com a criação da Escola Ana Neri, no Rio de Janeiro e em São Paulo em homenagem à brilhante professora Ana Justina Ferreira Neri que foi uma enfermeira pioneira da enfermagem no Brasil e consolidou a identidade da profissão do enfermeiro a enfermagem passa a ser uma profissão independente (ALMEIDA; ROCHA, 1989).

Os profissionais escolhiam essa profissão pelo fato de que desejava ajudar o outro nos processos das enfermidades aos quais estavam acometidos e nas situações socioeconômicas de precariedade. E na constituição histórica da enfermagem caracterizando o processo de trabalho do enfermeiro, como profissão integrante da Estratégia Saúde da Família, é um processo dinâmico, histórico e de construção inconstante, que envolve a participação de elementos, os quais compõem o processo como um todo.

A enfermagem de curso superior tem atualmente buscado uma linguagem própria. Há uma iniciativa constantemente atualizada e editada pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN), designada por Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Esta classificação guia os enfermeiros na formulação de diagnósticos de enfermagem, planejamento das intervenções e avaliação dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. O material editado nesta CIPE é fruto do trabalho de várias associações que formulam as linguagens da enfermagem. Também temos a definição do fenômeno da Enfermagem como sendo as respostas humanas a problemas reais e ou potenciais de saúde (NANDA, 1990).

Trazendo essa discussão para o setor da saúde, Pires (1998) apresenta, de forma bem simplificada, o conceito de processo de trabalho aplicado a esses serviços. Os elementos são: objeto, instrumento, finalidade do trabalho e agentes. O *objeto de trabalho* é tudo aquilo que através do saber será transformado pela ação do trabalho. O reconhecimento da carência, da necessidade, de maneira sempre intencional, oportunizará o produto ou o resultado esperado como resposta. Os *instrumentos* permitirão a possibilidade de intervenção sobre o objeto, orientando a ação. A *finalidade* refere-se ao objetivo e à direção das atividades que envolvem o processo.

O processo de trabalho da equipe de saúde tem como finalidade a ação terapêutica de saúde; como objeto, o indivíduo, ou grupos doentes, sadios ou expostos a riscos, necessitando medidas curativas, e preservação a doenças. Já como instrumental de trabalho, há os instrumentos e as condutas que representam o nível técnico do conhecimento que é o saber de saúde. E o produto final é a própria prestação da assistência de saúde que é produzida no mesmo momento que é consumida (PIRES, 1998).

A Equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família (ESF) é entendida como aquela em que são evidenciadas relações recíprocas e interações entre agentes de diferentes áreas profissionais, mediadas pela comunicação, objetivando a articulação das ações e a cooperação. Tal equipe passa a ser o foco principal de prestador de assistência de qualidade para o usuário do serviço.

No contexto atual, a atenção básica com a ESF, é elemento de destaque de sugestivas mudanças na organização do trabalho trazidas por essa estratégia, pois propõe o rompimento do modelo tradicional de assistência. O profissional enfermeiro, com a expansão do ESF, atua na linha de frente das UBS, em nível gerencial e assistencial.

De acordo com os objetivos da estratégia, o enfermeiro, realiza suas atividades considerando também a legislação que regulamenta sua profissão, diante do que deverá ter maior autonomia na função que exerce. No entanto, o papel do enfermeiro nos programas de saúde abriu um leque de possibilidades para organizar seu trabalho de diversas maneiras, podendo, assim, atender a questões do modelo com a importância de fazer saúde de uma forma integral, que se inicia, criando dentro do próprio relacionamento de respeito/solidariedade do profissional enfermeiro da equipe a comunidade, garantindo-lhe direito

do atendimento da demanda espontânea, além de realizar consultas de enfermagem e, visitas domiciliares, compor grupos operativos e outras atividades que são orientadas pelos protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde ou pelas Secretarias Municipais de Saúde (BRASIL, 2008).

Atualmente, o exercício profissional do enfermeiro possui dimensão, como: cuidado/assistência, gerência/supervisão e o ensinar/educar, dimensões essas que se complementam. As ações sempre em culminância com os princípios do SUS, e visando atingir a área da prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde.

Essa relação entre o processo de trabalho e as necessidades implica circularidade entre o modo de organização e distribuição e o consumo de serviços. Assim, pode-se pensar que o modo como as ESF organizam e distribuem as atividades relativas às Ações Programáticas de Saúde influenciam o consumo desses serviços pelos usuários. É nesse sentido que cada profissional da equipe tem seu papel e sua missão relacionados não só ao seu núcleo de competência, mas também à promoção da motivação para participar e colaborar com os outros atores.

Primeira seção: Princípios fundamentais da fenomenologia

Inicialmente, torna-se fundamental indicar os princípios constitutivos do método fenomenológico, partindo dos escritos da filósofa (BELLO, 2004; 2006; 2015) e buscando quando preciso a obra de (HUSSERL, 2008) - *Ideias para uma fenomenologia pura e uma filosofia fenomenológica*. Além de utilizar leituras dos escritos, dissertações e teses de doutorado voltadas para fenomenologia de Edith Stein.

Para iniciarmos a mencionar o método fenomenológico levamos em conta o modo como nós percorremos o caminho até chegar ao objetivo, sendo importante descrever o percurso com clareza. O método fenomenológico seria uma arqueologia de acordo com (HUSSERL, 2002); que visa escavar o interno do ser humano a partir de sua experiência e, desconhece o que irá encontrar, mas gradativamente o *fenômeno* é demonstrado; deve-se partir da superfície sem parar nas diferenças externas, deve-se escavar e procurar os elementos últimos (significados) e comuns aquilo que se busca.

Praticar a fenomenologia implica antes de tudo uma transformação na maneira de enxergar o mundo, assumindo uma atitude de compreender a natureza singular do ser humano e o significado de suas expressões e produções, que possuem um valor intersubjetivo, diferindo daquela habitada nas experiências e no pensamento (STEIN, 2001a).

Etimologicamente *fenomenologia* segundo (BELLO, 2006a) tem sua formação constituída de duas partes de origem grega: *fenômeno*, que significa “aquilo que se mostra” e *logia* que deriva de *logos* que pode significar pensamento, reflexão. Nessa perspectiva, conceitua-se *fenomenologia* como reflexão (do discurso) sobre aquilo que se mostra a consciência.

A abordagem fenomenológica passou a despertar a atenção de diversos pesquisadores de Enfermagem no Brasil, como um método alternativo de investigação em substituição aos métodos tradicionais utilizados pelas ciências naturais, apontando para relação entre profissional onde o fenômeno não pode ser compreendido isoladamente da pessoa que os vivencia como os binômios: saúde-doença, vida-morte, relações interpessoais entre enfermeiro-paciente. É preciso compreender o fenômeno no ser que o vivencia, numa maneira humana de existir, na qual esse ser concreto está existencialmente confrontado com suas questões, desejos e preocupações (CORREA, 2000; CAPALBO, 1994).

No pensar da realidade sobre essa perspectiva e aproximando-a da Enfermagem, observamos que ela contempla as inquietações de quem centra o foco do seu cuidar no ser humano. Sabemos que muitos teóricos elaboraram e abordaram questões de interesse para a profissão, captando uma mensagem através do olhar cuidadoso e transcrevendo-a para uma análise compreensiva (FERRAZ, 1991).

Dessa forma, os pesquisadores buscam compreender o ser humano na sua interação com o mundo, lançando mão das descrições. A descrição rigorosa do fenômeno articulada ao discurso do sujeito é que permite chegar à sua essência, desvelando-o (CAPALBO, 1994; ESPÍNDULA, VALLE, BELLO, 2010).

Complementando, Ferraz (1991) ao buscar a compreensão do significado da experiência vivida dos seres humanos, apresenta abordagem que tem trazido contribuições valiosas para o conhecimento das múltiplas dimensões que envolvem o cuidado no processo do viver humano. A visão do fenômeno saúde pode ser refletida e superada para além dessa visão limitada na terapêutica individual voltada à cura de sintomas provocada só ou por alguma patologia. Pode-se entender a necessidade de uma modificação de atitude, por meio da qual a maneira de apreciar a realidade tem como intenção a tentativa de compreendê-la, assim como ela se revela à experiência humana.

O método fenomenológico visa olhar para totalidade, ampliando-o para uma perspectiva multifacetada mediante os diversos fatores, de ordem social, econômica, política, psicológica e cultural, com os quais se inter-relaciona.

O método fenomenológico permite conhecer o sujeito que faz a ciência (pesquisador) e o sujeito para quem a ciência é feita (participante). É através da intersubjetividade que o ser humano entende a si mesmo e o outro como pessoas, por meio dela é apropriado perceber a categoria humanizada do mundo enquanto integração de objetos com significados partilháveis (ESPÍNDULA, VALLE, BELLO, 2010).

Uma das noções centrais da fenomenologia como caminho filosófico para realização da análise do ser humano, denominada por Husserl como *redução fenomenológica* ou *redução eidética*, é o percurso para que se consiga atingir uma atitude fenomenológica, passando pela intersubjetividade. A *redução fenomenológica* busca a compreensão do 'sentido das coisas', embora nem todas sejam compreensíveis (HUSSERL, 2008).

Porém, em consonância com a autora (BELLO, 2006, p.180) "compreender o sentido das coisas é uma possibilidade humana". Por isso, o importante, para Husserl não é compreender o fato, mas o sentido do mesmo, não bastando apenas mencionar que ele existe. É através da atitude fenomenológica que utilizamos o ato empático, fazemos uma descrição detalhada para se chegar à essência do fenômeno, à sua compreensão, buscando eliminar tudo aquilo que não possui o caráter de evidência.

Pode-se afirmar que o método fenomenológico husserliano é uma proposta para encararmos o mundo como se fosse a primeira vez. A sedimentação conceitual que nós acumulamos ao longo da vida viria a obscurecer nossa maneira de apreender as coisas (HUSSERL, 1991). De acordo com autor, consiste numa suspensão momentânea da atitude natural do juízo, a qual julgamos e com a qual nós nos relacionamos com as coisas do mundo. Isso consiste em deixar provisoriamente de lado todos os preconceitos, teorias, definições, conceitos que nós utilizamos para conferir sentido às coisas. Como afirma (STEIN, 1998b):

O método com o qual tratarei de solucionar os problemas é o fenomenológico. É dizer, o método que Edmund Husserl elaborou e empregou pela primeira vez no volume II de suas investigações lógicas, mas que, estou

convencida, já havia sido empregado pelos grandes filósofos de todas as épocas, se bem não de modo exclusivo nem com uma clara reflexão sobre o próprio modo de proceder.

Na primeira parte do método fenomenológico deve-se partir de si mesma, observar o *ser* na experiência cotidiana, contemplando-o como um todo. Essa atitude consente o retorno às coisas mesmas; dá ao indivíduo a possibilidade de acolhê-las no seu manifestar-se (STEIN, 1998b). Desse modo, a empatia exerce um papel fundamental no que se refere à possibilidade de abrir-se ao que se revela no contato com o outro, sobretudo no que se refere aos valores. A segunda parte do método é a *redução transcendental*, que consiste em identificar como é o sujeito que busca o sentido. Nesse momento, faz-se a reflexão sobre suas vivências (corpóreas, psíquicas e espirituais), para a qual a análise do sujeito humano é o ponto de partida para a investigação (BELLO, 2006a; ESPÍNDULA, 2009).

Ao deter-se na análise da consciência, Husserl procura chegar à essência para “vasculhar” o fenômeno, iniciando pela *redução fenomenológica (epoché)*, ou seja, “suspensão” do juízo de valor, os conhecimentos *a priori* a respeito das coisas. A epoché husserliana consiste em pôr “entre parênteses” o mundo ao apreender o fenômeno (STEIN, 1991). A proposta da Fenomenologia, enquanto ciência de fundamentos absolutos é ocupar-se, com a análise das vivências intencionais do sujeito transcendental - resquício da redução eidética, o sujeito que foi abstraído da realidade, ou seja, “eu” puro, autor das vivências.

De acordo com os apontamentos de (CAPALBO, 2005; ESPÍNDULA, 2009) para a descrição das vivências intencionais, que ocorrem na relação intersubjetiva é preciso levar em conta que estas possuem duas facetas, uma subjetiva e outra objetiva (denominadas *noesis* e *noema*, respectivamente). Desse modo, atentar somente à faceta subjetiva é insuficiente para se compreender uma vivência. Isso significa dizer, por exemplo, que não é possível a descrição do ato perceptivo em si, sem a consideração do objeto para a qual essa vivência se dirige.

Complementando a análise fenomenológica, (BELLO, 2007b; ESPÍNDULA, 2009) ainda aponta que ter consciência dos nossos atos corresponde às vivências e, portanto, existem dois níveis de consciência: em um primeiro nível estão os *atos perceptivos* e, em um segundo, os atos reflexivos. A autora afirma ainda, que os seres humanos dar-se-ão conta do que estão fazendo através (do grau) da consciência, da reflexão e, por isso, constitui-se cada ato (percepção, reflexão, memória, lembrança) vivência humana, e a consciência é a dimensão com a qual registramos os atos.

O caminho traçado até o momento mostra a questão da subjetividade transcendental entendida como ciência que analisa a consciência e se dirige para o eu como sujeito, ou seja, como polo unificador de todas as intencionalidades constitutivas. O transcendente desemboca no âmbito da subjetividade (BELLO, 2011c; CAPALBO, 2005, ESPÍNDULA, VALE, BELLO, 2010; ESPÍNDULA, 2009). Desse modo, passar do campo da subjetividade para o campo da intersubjetividade permite levar o trabalho fenomenológico no âmbito das relações humanas.

A partir deste exposto buscamos algumas compreensões acerca da Saúde do Homem na Estratégia Saúde da Família em Boa Vista-RR, sob a perspectiva da fenomenologia de Edith Stein. Para tal, a fenomenologia propõe uma mudança de atitude diante dos fatos, de colocar-se diante da realidade e do ser humano, questionando-os de modo amplo e aprofundado. O caminho a ser percorrido nas questões apresentadas na introdução do

estudo, buscando as fontes e compreensão através da fenomenologia. Articulando-se no interior da área da enfermagem utilizou-se de uma experiência peculiar e situada que se recebe através de depoimentos experienciais, trabalhado de forma sistemática nos moldes como se costuma fazer em procedimentos científicos.

Segunda seção: Resultados e Discussões

O que se objetivou com este estudo foi compreender a percepção do cuidado humanizado, realizado pelos profissionais enfermeiros que atuam na rede atenção básica, considerando a compreensão dos significados das vivências existentes na saúde coletiva, a partir da abordagem fenomenológica de Husserl e Stein. Essa seção foi dividida em 03(três) Núcleos Tipológicos/ Categorias divididos em: Conceito de Saúde, Fatores de dificuldades vividos pelos Enfermeiros nas UBS e Fatores que facilitam a adesão dos profissionais enfermeiros.

A proposta da fenomenologia surge como uma perspectiva de olhar o ser humano no sentido da descoberta e desvelando o particular fenômeno da realidade. Essa abordagem teórico-metodológica permitiu evidenciar a estratégia de obter informações a partir dos enfermeiros que desempenham suas funções distintas no processo de trabalho de prestação de serviços, e de complementá-las com observações *in loco* mostrou-se adequada aos propósitos desta investigação.

Embora o interesse não fosse buscar a comparação entre as unidades de saúde, chamou atenção à semelhança dos problemas identificados pelos profissionais das unidades, sugerindo que em alguns cenários, com a menor ou maior população a proposta da efetividade da atenção básica; onde estão relacionadas todas as circunstâncias que são adotados nos modelos de atenção segundo o SUS.

Conceito de saúde

A maioria dos depoimentos dos enfermeiros demonstram a percepção sobre o cuidado que o homem estabelece consigo e com o mundo, despertando a realidade de procurar o serviço de saúde nos aspectos a qual ele considera incapaz de exercer suas atividades profissionais e familiares. Eles apontam os conceitos e entendimento sobre o termo saúde e cuidados que norteiam suas atividades profissionais, na maioria estão relacionados ao conceito da Organização Mundial de Saúde que se refere ao “completo bem-estar físico, espiritual e social”. No entanto, identificou-se depoimentos embasados de conceitos pautados no que se refere a saúde como não apenas ausência de doença. Vejamos:

Saúde é o completo bem-estar físico, psíquico, espiritual e social, e não apenas ausência de doença [...] é o equilíbrio da mente e do corpo no indivíduo como um todo [...] ele deve estar em equilíbrio físico e mental em relação com fatores ambientais, estruturais onde ele trabalha onde mora [...] isso contribui para a qualidade de vida e contribui para o ser humano viver melhor (Enfermeira 1).

Falar sobre saúde conceitualmente, materialmente de todos os aspectos [...] saúde não é não simplesmente uma ausência de patologia, mais o bem-estar, moradia, lazer, alimentação e tudo isso vai incluir no processo se saúde. Oriento sempre a todos sobre a gravidez, doenças sexualmente transmissíveis, métodos anticoncepcionais associados ao uso da camisinha [...] atendê-lo de modo integral, verificar como ele está, se estuda, se trabalha [...] estar atento para os determinantes de saúde [...] nem sempre o homem tem um problema específico, precisa de um remédio [...] devemos realizar atividades em grupo [...] para eles é melhor, se sentem mais à vontade e participam mais principalmente se houver torneio esportivo e buscam entendimentos sobre saúde com os nós enfermeiros (Enfermeira 7).

Na atuação profissional dos enfermeiros voltadas a saúde do homem, a maioria deles manifestam sentimentos de apreensão, principalmente pelos processos de implementação da PNAISH, que visa a adesão da população masculina ao serviço de saúde.

A Saúde do homem ainda é muito incipiente, na verdade, no Brasil todo. A saúde do homem passou a ser mais discutida nos dois últimos anos [...] mas parece que não está surtindo muito efeito prático [...] Há pouco tempo que o Ministério deu uma abertura para saúde do homem, mas o acesso é pouco [...] porque são poucos homens nos procuram [...] Precisamos de mais informações das ações e estratégias para o atendimento com esse público [...] é difícil, o homem vim ao posto de saúde [...] geralmente eles veem porque querem fazer um tratamento de DST [...] odontológico [...] ou para verificar a pressão ou fazer o controle da glicemia [...] acho que o homem tem que procurar se cuidar mais [...] tem que entrar na cabeça deles [...] que ele precisa trabalhar ser produtivo [...] para isso precisa de saúde [...] porque ele não vai conseguir fazer isso doente (Enfermeiro 3).

Por fim, outro ponto importante mencionado pelos enfermeiros foi a necessidade de estruturação das equipes de saúde, com o auxílio de mais profissionais colaboradores, tais como: psicólogo, assistente sociais, psiquiatras, nutricionistas. A seguir o depoimento:

Nessa macro área em que eu trabalho estão localizadas os bairros periféricos [...] então a população aqui de maneira geral sofre com problemas generalizados [...] a violência doméstica e a formação de grupos rivais (gangues), são comuns nessa área [...] assim como o uso das drogas é constante e o número de viciados é alarmante [...] faz parte do atendimento de rotina, fazer esclarecimento sobre uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas, prevenção de doenças, acidentes [...] gravidez na adolescência e sexualidade [...] é os grupo de risco [...] acredito que para melhorar assistência e o cuidado humanizado a nossa equipe deveria ter e proporcionar, pelo menos um psicólogo, nutricionista, um psiquiatra e um assistente social. Pois, a população dessa região sofre com problemas de cunho social, ambiental e econômico (Enfermeiro 8).

A percepção a respeito do conceito sobre saúde e políticas públicas, predominando nas suas concepções de saúde voltados a defender a atenção integral aos homens. Almejar a integralidade não se limita apenas aos aspectos biológicos individuais, mas aquela que inclui os componentes socioculturais da saúde porque cuidar da saúde é mais do que tratar das doenças. Portanto, é fundamental que os desafios dos serviços de saúde sejam superados para que se concretizem os princípios e diretrizes do SUS. Para que os homens possam ter suas necessidades atendidas em qualquer rede de serviço existente de acordo com sua contextualização de vida.

Fatores de dificuldades vividos pelos Enfermeiros nas UBS

A construção embasou-se nos discursos dos nove enfermeiros que caracterizaram as principais dificuldades e barreiras encontradas nos cuidados prestados a saúde do homem e que abrange diferentes fatores: psicossociais, biológicos e culturais de modo amplo, como por exemplo: a falta de conhecimento das características específicas do desenvolvimento do planejamento a implementação da política da saúde do homem; problemas emocionais e afetivos; patologias que acometem a população masculina; e recursos para prestação de serviços e estratégias de implementação da PNAISH que limitavam o atendimento clínico e que tornavam sua abordagem um desafio.

A respeito dos fatores psicossociais, destaca-se as dificuldades encontradas pelos enfermeiros na assistência da população masculina foram nas relações interpessoais nas Unidades de Saúde, tais como: lidar com pacientes queixosos, atritos de ideias e atitudes dentro das equipes. As possibilidades que eles encontraram para solucionar esses problemas,

buscar através do diálogo um vínculo de confiança, para suprimir as dificuldades e os conflitos vividos (profissional-paciente, profissional-cuidador familiar, dentro das equipes). Os enfermeiros tentam facilitar a entrada dessa população masculina a UBS proporcionando atividades esportivas e sociais para fortalecer o acesso e atendimento humanizado, voltado para atender as necessidades da população masculina que procuram o serviço.

Mediante os discursos e as observações dos enfermeiros nas UBS o estudo permitiu a construção de características típicas do enfermeiro ao proporcionar o cuidado humanizado à população masculina, como os conhecimentos específicos provenientes dos cursos de Pós-graduação Lato-sensu em Saúde Coletiva que valoriza a participação da família como mediadora do cuidado. O currículo dos cursos de formação na área da saúde, deve ser adequado para atender essa demanda.

Além disso, o intercâmbio entre gestores, enfermeiros e demais envolvidos na promoção à saúde do homem é visto como meio que permite a ampliação e qualificação das ações de cuidado a essa população. Considerando que o cuidado envolve uma gama de saberes e práticas, compreendê-lo, a partir da perspectiva da equipe de profissional, e traduz as vivências e expectativas específicas do enfermeiro, que podem diferir de outros profissionais.

Um outro aspecto destacado nos depoimentos dos enfermeiros foram seus desejos e anseios, como a organização e o planejamento de suas atividades, como a criação de horários de funcionamento das UBS com flexibilidade que possam atingir a classe de trabalhadores que trabalhem no mesmo horário de expediente das UBS e no caso da criação de um fluxograma de atendimento para a população masculina, assim como a criação de um Centro de Referência à Saúde do Homem, visando a sistematização dos serviços. Desse modo, os enfermeiros mostraram desejos na busca pela melhor qualificação oriundo do processo da educação continuada e dos cursos disponibilizados pela classe de saúde, assim como o planejamento de discussões a respeito dos problemas de Saúde Pública que a população do município possa estar sofrendo.

Observamos na prática através dos depoimentos, que os profissionais sentem dificuldades ao proceder no atendimento à população masculina em casos de doenças crônicas e graves, mediante a ausência de um fluxograma fixo as redes de atenção direcionada ao atendimento de acordo com o Sistema Único de Saúde, o qual ele se submete.

Tais considerações visam reflexões sobre as ações da Estratégia Saúde da Família (ESF) que se voltam não apenas para uma comunidade pertencente à macroárea no qual a equipe está inserida, mas para comunidades, onde existem grupos como: instituições de ensino, empresas, grupos culturais e religiosos ou em formação e que, conjuntamente, constituem o território de abrangência das equipes.

A fenomenologia de Stein nos instiga observarmos a possibilidade da vivência comunitária na própria equipe, bem como o papel que exerce, devendo percorrer os valores presentes nas pactuações entre as três esferas do poder que sustenta o SUS proporcionando ao profissional da saúde na dinâmica operacional que vai de um olhar macro para o micro; filtrando todos os aspectos que possam impossibilitar as ações que facilitam o atendimento a comunidade e tentar aplicar medidas preventivas para não obstruir a operacionalização dos serviços.

Na relação interpessoal do trabalho demonstram a deficiência de recursos humanos e materiais configuram-se como condições impróprias para o trabalho e ameaça à saúde dos

trabalhadores que atuam nas UBS e a população que busca os atendimentos. Nota-se através da expressão facial dos participantes um aspecto de angústia, aflição e impotência; a maioria das equipes de saúde estava incompleta e a explicação para tal acontecimento seria redistribuição dos profissionais, mediante o recente concurso de efetivação no município que havia acontecido. Assim expõe a Enfermeira 1 em seu discurso:

Para mim a relação que eu tenho com eles é de amizade por que eles me tratam bem [...] eu faço amizade com todos eles [...]. Os usuários procuram o serviço de saúde em situação de sofrimento e angústia [...] quando a unidade básica não responde de forma satisfatória às suas necessidades, procurando diminuir essa aflição ou até mesmo angústia, porém isso acabou quando fui mudei de UBS.

A Fenomenologia possibilita a compreensão do encontro da relação interpessoal de profissionais, usuários e comunidade promovendo a humanização. Porém cabe aos profissionais descobrir articulações possíveis que ampliem a perspectiva e, conseqüentemente, o seu modo de agir no cuidado em saúde.

Nessa perspectiva, acredita-se que seja imprescindível a realização de uma ampla discussão sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) entre gestores, profissionais de saúde e usuários do que compõem a rede de atenção básica em saúde do município de Boa Vista-RR.

Esse olhar aproxima as reflexões de (STEIN, 1999e) traz acerca do individualismo em confronto com a experiência comunitária, oferecendo-nos embasamento, inclusive, para a compreensão da sociedade atual. Os enfermeiros revelam durante a pesquisa que em suas atividades há o processo de trabalho desgastante vivenciado onde está associado à falta de treinamentos qualificados e a sobre carga de trabalho. O discurso da Enfermeira 4 revela:

Você tem que conhecer o público alvo para qual está trabalhando suas principais doenças a que estão sendo acometidos [...] observar aspectos como: alimentação, moradia, principal atividade de trabalho, a situação sócia demográfica [...] para saber o que vai abordar na saúde do homem para mim seria muito difícil o atendimento ao indígena [...] não sei falar nenhuma língua indígena precisaria de um intérprete não entendo como eles vejam os nossos procedimentos e atendimentos se bom ou ruim?

Percebemos no depoimento a necessidade de um espaço dentro do serviço para trabalhar o aperfeiçoamento das equipes de enfermagem com foco nas intersubjetividades, na abertura e na solidariedade mútua. Isso se tornaria possível através da contribuição da abordagem fenomenológica que aproxima um olhar para o cuidado humanizado do desenvolvimento de práticas intersetoriais, da constituição de projetos coletivos que considerem as singularidades e de práticas comunitárias, além de uma transformação de valores de modo a superar o paradigma focado no atendimento biomédico, mostra a intersubjetividade somado no olhar do cuidado do ser como um todo.

3. Fatores que facilitam a adesão dos profissionais enfermeiros

O acolhimento é uma das formas de concretizar essa assistência visando o cuidado humanizado, pois caracteriza-se como um modo de agir dentro da atenção a todos que procuram os serviços, não só, ouvindo suas necessidades, mas implica no compartilhamento de saberes, possibilidades, angústias ou formas alternativas para o enfrentamento dos problemas, visando a redução dos danos ou sofrimentos que contribui para uma melhor qualidade de vida das pessoas acompanhadas (BRASIL, 2000).

O olhar dos enfermeiros corresponde com a perspectiva da fenomenologia para (STEIN, 2000d), ser pessoa significa ser livre e espiritual. Em nossa constituição corpórea, psíquica e espiritual temos na espiritualidade pessoal a consciência de viver e ser em uma única ação, anterior a qualquer reflexão, como se houvesse uma luz que ilumina a vida espiritual e que possui em si a abertura ao mundo.

A contribuição em virtude da empatia não é como um simples ato de percepção, mas tem em comum o revelar imediato do objeto que está diante de si, o outro, o que nos permite vislumbrar que a empatia, assim como a percepção do mundo objetivo, é um ato dado (STEIN, 1999e). Tal reflexão fundamenta o processo do individualismo em experiência comunitária, oferecendo-nos embasamento, inclusive, para a compreensão da sociedade atual.

Na prática profissional demonstram que o acolhimento e o vínculo contribuem para “humanizar” suas ações de recepção dos usuários e suas demandas no serviço. A garantia do acesso e a abertura de um canal de diálogo, com base no acolhimento, são apontadas pelos enfermeiros como responsáveis pelo estabelecimento de uma relação mais respeitosa com os usuários, de reconhecimento das demandas, das necessidades e do sofrimento das pessoas que recorrem ao serviço de saúde. De acordo com o relato da Enfermeira 2:

Converso com eles e falo como quem não quer nada, colocando possibilidades para ele [...] não estou aqui para julgar questões éticas, morais e religiosas [...] eu procuro atender às necessidades de saúde deles, porém tento vê-lo como uma forma integral físico, psicológico, espiritual e social.

Mediante o relato citado, (STEIN, 1999e) parte do pressuposto de que a comunidade é necessária e que sem comunidade, sem vida social e sem a educação dos indivíduos para seres membros de comunidade, a finalidade última do ser não é atingida em sua essência. Podemos partir das nossas experiências cotidianas e nos questionarmos sobre como andam nossas inserções comunitárias.

No cuidado humanizado, aparece a autonomia da equipe sendo estimulada na criação do projeto terapêutico, constituindo-se um grau de responsabilidade técnica, profissional e gerencial. Os saberes técnicos são estimulados, de forma a ampliar o “campo de saber”, potencializando-se as respostas, a integração da equipe multidisciplinar, enfim, ampliando-se as tecnologias, ou o saber que o profissional detém, no atendimento das necessidades portadas pelo usuário (FIGUEIREDO, 2005).

Em contrapartida, a perspectiva do desenvolvimento de um trabalho dirigido ao acolhimento, à construção de projetos terapêuticos singulares, planejamento da organização dos serviços com base numa estrutura da ESF cruzando os projetos e funções, na qual estão envolvidos os diversos profissionais onde há as reuniões de equipe supervisões apontaram para transformações positivas nos processos de trabalho. Nesse procedimento, a construção de momentos relacionais prevê-se a troca de saberes entre profissionais de diferentes serviços envolvidos no cuidado com a saúde dos usuários, oriundos desses encontros.

Isto sugere a importância do desenvolvimento de habilidades dos profissionais da ESF para a prática da atenção integral durante a sua formação e ao longo do exercício profissional, a partir de modelos de organização de serviços mais dialogados e participativos. Tais transformações funcionam como instrumentos que potencializam as ações terapêuticas e o trabalho coletivo, e se aproximam das diretrizes estabelecidas tanto pelo SUS, como pela atual Política de Humanização da Assistência à Saúde, especialmente no que se refere ao processo de constituição de uma rede articulada de cuidados em saúde.

Os depoimentos dos enfermeiros apontaram também de modo geral que os sentidos direcionados à saúde do homem como: os desafios da atenção primária; experiências vivenciadas da prática do cuidado humanizado prestado pelo enfermeiro necessitam das articulações das ações integrais em saúde junto à gestão.

As questões como o cuidado humanizado voltado para um atendimento com acesso e direcionado ao vínculo que remetem a percepções pertinentes às ações macro e micropolíticas que articulam a atenção básica e a saúde coletiva. Assim, os relatos dos enfermeiros explicitaram tanto as dificuldades existentes no cotidiano do seu trabalho quanto nas transformações nas práticas do cuidado oferecido, como o acolhimento, que retrata os avanços conquistados pela ESF no município de Boa Vista-RR.

Nesse contexto, o modo como os serviços de saúde e o sistema está organizado é a principal razão apontada para que a prática da assistência integralizada não se concretize. É necessário mais diálogo entre os profissionais e a população sobre as potencialidades e limites do trabalho em saúde em todos os níveis de atenção, de modo a evitar que essa rede de saúde seja percebida como uma intermediação superficial oriunda da falta de recursos. Nos discursos analisados, revelou:

Creio que poderia melhorar muito mais os recursos [...] os equipamentos são arcaicos [...] a estrutura física já é bem ultrapassada [...] falta de medicamentos [...] há situações inesperadas como falta material [...] os pacientes chegam até trazer para o posto insumos e materiais, e relatam a utilização de remédios caseiros [...] a estrutura não são adequados, para população (Enfermeira 2).

Consequentemente os profissionais têm poucas oportunidades para planejarem ações e estratégias direcionadas na formação das equipes multiprofissionais. Somando a esse aspecto a escassez de recursos materiais, o espaço físico inadequado, os diferentes tipos de vínculo e o desconhecimento das diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral da Saúde do Homem por parte de alguns profissionais configuram-se como obstáculos ao oferecimento do cuidado integral. A Enfermeira 3 ressalta:

Infelizmente o homem só procura o posto de saúde quando esta com algum processo patológico [...] no caso da atenção primária que seria para prevenção acaba não acontecendo [...] não conseguem tirar um dia para vir fazer uma consulta de rotina antes de adoecer.

A descrição da clientela, através do mapa situacional que em geral facilita o vínculo do usuário com o serviço, talvez seja a melhor alternativa de atenção à saúde onde a população em situações como a maioria dos usuários trabalha na região, mas vive distante e são oriundos do contexto sócio-cultural diferentes daqueles onde habitam e/ou trabalham. A compatibilização entre ofertas e características da clientela não se restringe aos fluxos e rotinas, devendo incluir as atividades programadas e avaliadas pela gestão e equipe ESF, de modo a atender melhor as necessidades de saúde sentidas ou percebidas na população.

A frágil articulação com os serviços que dariam continuidade ao atendimento dos doentes crônicos, e juntamente com a queixa dos profissionais enfermeiros de dificuldades com relação a exames e consultas com especialistas, ratificando o pequeno reconhecimento e valorização do potencial resolutivo do nível básico de atenção à saúde, gerando uma situação delicada, pois não se podem recusar à clientela.

A incorporação de novas possibilidades diagnósticas e terapêuticas, como: o centro de referência destinado à população masculina e a inclusão de profissionais como psicólogos,

psiquiatras, assistentes sociais e intérpretes linguísticos, são anseios e desejos revelados pelos enfermeiros.

Contudo, podemos compreender os aspectos que facilitam e/ou dificultam o vínculo masculino ao programa de saúde do homem no município, está diretamente relacionado ao Planejamento Estratégico dos Serviços de Saúde, onde envolve os gestores, coordenadores e equipe.

A identificação desses aspectos torna-se ponto relevante nesta pesquisa, onde emergiu a proposta de intervenção através de um fluxograma de atendimento para o município como forma de mecanismo de facilitação do cuidado humanizado, pois oferece à possibilidade de subsidiar novas discussões referentes a esta temática. Além disso, constitui-se uma importante ferramenta a ser utilizada na construção coletiva de estratégias que gradativamente eliminem e/ou potencializa os elementos envolvidos na acessibilidade do público masculino a estes serviços de saúde. Conforme a seguir:

1. A contextualização do Fluxograma de atendimento inicia-se com a *Territorialização em Saúde* (UNGLERT, 1990), pois visa à contextualização da população a ser assistida onde considera os aspectos: culturais, crenças, hábitos de saúde e conceitos proposto pela comunidade a qual participa.
2. O *Mapa Situacional* estruturado da comunidade (macroárea), relatando o diagnóstico situacional em saúde e evidenciando o processo socioeconômico, condições de moradia, saneamento básico, localização de empresas e o processo de trabalho. A partir desse pressuposto o homem terá oportunidade de cuidar de sua saúde, sendo acompanhado por uma equipe de saúde qualificada e multiprofissional, através dos eventos proposto pela comunidade o qual está inserido.
3. Na atenção básica (UBS), o cuidado humanizado a ser prestado estará embasado conforme a Política Nacional de Humanização e a Perspectiva da fenomenologia antropológica de Edith Stein (Estrutura Humana), visando o modelo de atenção ampliada.
4. A referência das redes de atenção á saúde (Primária, Secundária e Terciária) que conforme o atendimento atual proposto, porém na atenção Secundária a proposta seria da criação de um Centro de Referência da Saúde do Homem, para que a população masculina visualizasse um local destinado a eles, assim como existe o centro de referência da Mulher para o município.

A respeito dos fatores psicossociais, destacam-se as dificuldades encontradas pelos enfermeiros na assistência da população masculina expõem as relações interpessoais nas unidades de saúde, tais como: lidar com pacientes queixosos, atritos de ideias e atitudes dentro das equipes. As possibilidades que eles encontraram para solucionar esses problemas foram buscar através do diálogo um vínculo de confiança, para suprimir as dificuldades e os conflitos vividos (profissional-paciente, profissional-cuidador familiar, dentro das equipes). Também os enfermeiros tentam facilitar a entrada dessa população masculina a UBS proporcionando atividades esportivas e sociais para fortalecer o acesso e atendimento humanizado, voltado para atender as necessidades da população masculina que procuram o serviço.

Considerando que o cuidado envolve uma gama de saberes e práticas, compreendê-lo, a partir da perspectiva da equipe de profissional, e traduz as vivências e expectativas específicas do enfermeiro, que podem diferir de outros profissionais. Outros aspectos destacados nos depoimentos dos enfermeiros apontam seus desejos e anseios, como a organização e o planejamento de suas atividades, como a criação de horários de funcionamento das UBS

com flexibilidade que possam atingir a classe de trabalhadores que trabalhem no mesmo horário de expediente das UBS e no caso da criação de um fluxograma de atendimento para a população masculina, assim como a criação de um Centro de Referência à Saúde do Homem, visando à sistematização dos serviços.

Desse modo, os enfermeiros mostraram desejos na busca pela melhor qualificação oriunda do processo da educação continuada e dos cursos disponibilizados pela classe de saúde, assim como o planejamento de discussões a respeito dos problemas de Saúde Pública que a população do município possa estar sofrendo.

No entanto, outro ponto importante mencionado pelos enfermeiros foi à necessidade de estruturação das equipes de saúde, com o auxílio de mais profissionais colaboradores, tais como: psicólogo, assistente sociais, psiquiatras, nutricionistas. Para que a rede de atenção básica possa se fortalecer e melhorar o cuidado a ser prestado a essa população.

Finalmente, diante destas reflexões sobre as vivências compartilhadas através dos enfermeiros durante o contexto da atenção primária à Saúde do Homem, pode-se perceber o desejo e intenção de colaborar nas estratégias de humanização, visando a promover a prevenção à saúde do homem e a comunidade, fundamentais no desenvolvimento de ações que englobem uma visão integral do ser humano.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, J. S. Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1989.

BELLO, A. A. **Introdução à Fenomenologia**. Bauru: EDUSC, 2006.

_____. **Pessoa e comunidade - Comentários: psicologia e ciências do espírito de Edith Stein**. Belo Horizonte: Ed. Artesã, 2015.

_____. **Fenomenologia e ciências humanas: psicologia, história e religião**. Bauru, São Paulo: EDUSC, 2004.

_____. **Differenza sessuale e domanda antropologica**. In: RICHI, Alberti, (a cura di). **Al cuore dell'umano. La domanda antropologica 1**. Roma: Marcianum Press, 2007.

BOEMER, M. R. A condução de estudos segundo a metodologia de investigação fenomenológica. **Revista Latino-americana de enfermagem**. v. 2, n. 1, p. 83 - 94, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção à Saúde**. Brasília, DF, 2000. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume7.pdf>.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília. DF; 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem - princípios e diretrizes**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>.

_____. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990. Brasília, DF, p.19, 1990.

- CAPALBO, C. Considerações sobre o método fenomenológico e a enfermagem. **Rev. Enf. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 2, n.1, p. 26-32,1994.
- CORREIA, A. K. Representações sociais das enfermeiras sobre supervisão: da tradicional à social. **Rev. de Enfermagem da UFPE online**, v. 6, n. 11, nov. 2000.
- COURTENAY, W.H. Construction of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. **Soc. Sci. Med.**, v.50, n.10, p.1385-401, 2000
- ESPÍNDULA, J. A; VALLE, E. E. R. M; BELLO A. A. Religião e espiritualidade: um olhar de profissionais de saúde. **Revista Latino americana de Enfermagem**. v. 18,n. 6, p. 447- 443, 2010.
- _____. **O significado da religiosidade para pacientes com câncer e para profissionais de saúde**. [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 2009.
- FERRAZ, A. F. **Análise da comunicação enfermeiro paciente em hospital geral**. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo- São Paulo, p.106, 1991.
- FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços da atenção primária. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.10, n.1, p. 7-17, 2005.
- HUSSERL, E. **Ideias para uma Fenomenologia Pura e para uma Filosofia Fenomenológica**. São Paulo: Ideias e Letras, 2008.
- _____. **Meditações cartesianas: introdução à fenomenologia**. Tradução: F. Oliveira. São Paulo: Madras, 2002.
- NANDA, North American Nursing Diagnosis Association. **Taxonomy I** - St. Louis, 1990.
- PEDUZZI, M, ANSELM, M. L. Análise do perfil da clientela do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE). **Revista Formação, Brasília** (DF) 2009 janeiro; v.7, n.1, p. 89-111, 2009.
- PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume editora, p. 253, 1998.
- STEIN, E. **A mulher: sua missão segundo a natureza e a graça**. Bauru, SP: EDUSC, 1999. Tradução de: "*Die Frau, ihre Aufgabe nach Natur und Gnade*",1959. Tradução Alfred J. Keller.
- _____. **La struttura della persona humana**. Tradução di D'Ambra. Roma: Città Nuova, 2000.
- _____. **Problemas da formação feminina**. In: STEIN, Edith. **A mulher: sua missão segundo a natureza e a graça**. Bauru, SP: EDUSC, 1999. Tradução de: "*Die Frau, ihre Aufgabe nach Natur und Gnade*". "*Edith Steins Werke*", vol. V, edite a cura di L. Gelber; P. Romaeus Leuven. Nauwelaerts, Lovanio 1959. Tradução Alfred J. Keller.
- _____. Seis estudos sobre "*Ser e Tempo*". 3 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.
- UNGLERT, C. V. de S. O enfoque da Acessibilidade no Planejamento da Localização e Dimensão dos Serviços de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 24, n. 6, p. 445, 1990.

8. PSICOLOGIA CLÍNICA: INDÍGENAS NA AMAZÔNIA

Pamela Alves Gil

Introdução

Trata-se de uma reflexão que tem como foco a Psicologia Clínica no âmbito da Saúde Indígena a partir de um relato de experiência de atendimento e acompanhamento à população indígena brasileira por mais de vinte anos, notadamente como clínica (médica e psicóloga) em diversas comunidades indígenas de povos do Amazonas e de Roraima. A ponderação feita tem como base teórica diversos estudos sobre saúde indígena, através de abordagens psicológica e antropológica.

Cabe aqui uma consideração sobre essa vivência, tendo em vista minha trajetória, por ter morado por temporadas em uma comunidade Deni, do Amazonas, e uma atuação clínica de seis anos como médica junto ao Distrito Sanitário Especial Indígena do Leste de Roraima (DSEI Leste), intervindo em comunidades indígenas, além de uma prática como conselheira por nove anos junto ao Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI) do DSEI Leste de Roraima, como representante da Universidade Federal de Roraima (UFRR). Este aprendizado, acumulado gradualmente, permitiu-me o conhecimento a respeito das culturas e condições de vida dos povos indígenas do Amazonas e de Roraima.

A Psicologia pode contribuir para a compreensão dos fenômenos sociais e de cunho pessoal, como comportamentos agressivos e autoagressivos, abuso de substâncias psicoativas e conflitos intergeracionais, que se fazem manifestar de modo repetitivo em contextos indígenas atuais, desde que haja conhecimento suficiente sobre estes povos indígenas e respeito às práticas tradicionais de cura.

Psicologia e Povos Indígenas

Para discutir a psicologia clínica em contexto indígena, apoio-me no referencial teórico antropológico, notadamente do campo da saúde e dos fenômenos simbólicos, valendo-me das ideias do psicanalista romeno Georges Devereux, que articula a Psicanálise e a Etnologia, em uma relação de complementariedade (DEVEREUX, 1985), notadamente ao elaborar uma etnopsiquiatria dos indígenas Mohave dos Estados Unidos da América, em obra publicada em 1961, na qual repensa a abordagem da psiquiatria, o que o levou a aprofundar sua compreensão sobre o quadro de referência analítica clássica (DEVEREUX, 1996).

Paralelamente às pesquisas de Devereux, o psicanalista húngaro Géza Róheim enfatizou a articulação entre a antropologia e a psicanálise nesse contexto, ao estudar os indígenas Yuma e os Navaho dos Estados Unidos da América, por meio da triangulação de métodos: observação clínica, hipótese biológica e descrição etnográfica (RÓHEIM, 1978).

Por outra perspectiva, Claude Lévi-Strauss, em *L'efficacité symbolique* e *Le sorcier et sa magie*, enfoca a "eficácia simbólica" do tratamento tradicional cuna, povo indígena do Panamá, que é associado à crença na magia, a partir do itinerário do xamã, que expõe uma narrativa encenada, entoando cantos rituais, na resolução satisfatória de um parto complicado (LÉVI-STRAUSS, 1974, p.231).

Na verdade, essa abordagem visa compreender o processo saúde-doença e modos de resolução e tratamento dos infortúnios entre os povos indígenas, no intuito de realizar a

assistência psicológica tanto direcionada ao sofrimento psíquico individual como ao coletivo. Dessa forma, o conhecimento sobre saúde indígena e itinerários terapêuticos fornece os subsídios étnico-culturais para o planejamento de ações adequadas de intervenção clínica junto a essas populações nos diversos contextos.

Da mesma forma, aprofundei meu conhecimento sobre as condições de vida dos diversos povos indígenas no âmbito da conjuntura local, história de contato, relações interétnicas, modos de socialização da criança indígena, além de novas funções a partir do contato com a sociedade envolvente, assim como a compreensão tanto da formação da subjetividade indígena e identidade étnica, quanto do simbolismo cultural e do universo mitológico e ritual de cada etnia, a fim de facilitar o encontro, o intercâmbio de saberes e a convivência entre culturas, com vistas a permitir minha atuação como psicóloga, traduzida por uma intervenção baseada em respeito e escuta qualificada da pessoa indígena, cujo corpo é modelado segundo os ditames culturais.

Neste sentido, Anthony Seeger, Roberto da Matta e Eduardo Viveiros de Castro enfatizam a construção da pessoa entre indígenas brasileiros, privilegiando a corporalidade “que é a um só tempo individual e coletiva, social e natural”, o que articula noções sociais e cosmológicas e reforça a complementaridade com a sociedade (SEEGGER; DA MATTÁ; VIVEIROS DE CASTRO, 1979, p.9).

Para aprofundar essa temática, vale destacar que a população indígena brasileira corresponde a 896.917 pessoas, que pertencem a 305 etnias, falantes de 274 línguas indígenas, sendo que 517.383 vivem em Terras Indígenas (TI) em condições diferentes de contato. Em Roraima, essa população indígena, que compreende cerca de 68.438 pessoas, sendo que 46.505 moram em TI, corresponde a diversas etnias, que vivem de modo tradicional nas comunidades mais isoladas, na floresta ou meio rural assim como de forma adaptada à modernidade, sob influência de novos valores, fixando-se em meio urbano, principalmente na periferia da capital Boa Vista (BRASIL, 2010).

Por um lado, há os Yanomami (que incluem os subgrupos Yanõmami, Sanuma, Ninam/Yanam e Yanomae) pertencentes ao tronco linguístico Yanomami que vivem de modo mais isolado em ambiente de floresta, mantendo contato esporádico com a sociedade envolvente. Por outro lado, existem as etnias Macuxi, Ingaricó, Patamona, Taurepang, Waiwai, Ye'kuana, Saporá e Waimiri-Atroari pertencentes ao tronco linguístico Karib, bem como a etnia Wapichana pertencente ao tronco linguístico Aruak, que vivem em ambientes diversos, desde lavrado, floresta e serras (CIR, 2008; BRASIL, 2010).

No caso de planejamento de ações de atenção psicológica às comunidades indígenas de Roraima, a intervenção precisa ser adaptada ao contexto de multietnicidade, pois, embora haja predominância étnica, em várias comunidades há membros de etnias diferentes que estabeleceram matrimônio interétnico, o que pode suscitar conflitos intergeracionais e de educação da criança.

Enfatizo igualmente uma peculiaridade da região, que torna a tarefa do psicólogo mais complexa, uma vez que esses povos indígenas, que pertencem a tríplice fronteira: Brasil, Venezuela e Guiana, sempre se deslocam para contatar seus familiares, visto que o território tradicional se estende entre esses países, o que pode provocar, por um lado, conflitos de identidade e, por outro lado, atitudes discriminatórias por parte da sociedade do entorno.

Vale destacar que o psicólogo provavelmente evidenciará o choque cultural, ao assistir essa população, uma vez que a história de contato nessa região caracterizou-se por enfrentamento

de discriminação, descaso por parte da política indigenista e estratégias locais de apropriação socioeconômica as quais são desfavoráveis às populações indígenas. De fato, esses indígenas sempre vivenciaram situações adversas devido à exploração de sua mão de obra ligada ao extrativismo, à pecuária e à mineração, além de intromissão na cultura, o que gerou mudanças no modo de vida e aquisição de novos valores (CIDR, 1990). Por essa perspectiva, pode-se detectar a presença de atitudes de desvalorização, humilhação dirigidas a esses indígenas, o que gera sentimentos de baixa autoestima e dificuldades de adaptação social.

Deve-se considerar que a *Política Nacional de Saúde Indígena* estabelece que o atendimento ao indígena deve ser realizado de forma diferenciada, tendo como base uma rede de referência do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do Sistema Único de Saúde (SASI-SUS), a partir de 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), sob a coordenação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), segundo a legislação vigente: *Lei nº 9.836/1999; Portaria nº 852/1999; Decreto nº 7336/2010* (CIR, 2008; GIL, 2016; BRASIL, 2002).

Por essa estratégia, os indígenas aldeados (vivendo em comunidade) são atendidos pelos referidos DSEI, sendo que em Roraima há duas unidades gestoras: o DSEI Yanomami, que atende os Yanomami e os Ye'kuana, e o DSEI Leste, que atende os Macuxi, Ingaricó, Patamona, Taurepang, Waiwai, Saporá e Wapichana.

É importante sublinhar que a política nacional reconhece os sistemas tradicionais de saúde como práticas de cura relacionadas com “o mundo espiritual e os seres do meio ambiente”, de eficácia simbólica (BRASIL, 2002, p.17), o que foi abordado pelas conferências de saúde voltadas para os povos indígenas.

Enquanto a 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (1986) enfatizou a participação dos indígenas na formulação da política de saúde, a 2ª Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas (1993) destacou o respeito às especificidades culturais e práticas tradicionais, na figura do pajé, assim como a valorização da medicina tradicional. Por sua vez, a 3ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (2001) enfocou a especificidade do processo saúde e doença, ao determinar que as ações de prevenção e promoção da saúde deveriam integrar os conhecimentos tradicionais, com vistas a garantir o acesso aos Sistemas Tradicionais de Saúde Indígena. Já a 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (2006) propôs a integração da medicina tradicional e a efetividade do controle social, destacando-se a viabilização de práticas tradicionais de cura e autocura em locais específicos (BRASIL, 2007).

Por esse prisma, a 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (2014) salientou a proposta de implantar, nos distritos, uma Política Nacional de Atenção à Medicina Tradicional Indígena, com vistas a permitir o reconhecimento e acesso dos terapeutas tradicionais aos serviços oficiais de saúde (BRASIL, 2015).

Ressalto ainda que a *Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas*, de acordo com a Portaria nº 2.759, de 25/10/2007, que estabelece as diretrizes do atendimento à saúde mental desta população, estabelece como diretriz que se “respeite as especificidades e a cultura de cada comunidade indígena envolvida” e os respectivos conhecimentos da medicina tradicional, criando alternativas viáveis e consensuais para a abordagem dos problemas de saúde (BRASIL, 2007). No entanto, na prática, a medicina tradicional ainda não é valorizada plenamente.

Neste sentido, a abordagem da psiquiatria transcultural, considerada um dos ramos da antropologia médica, ajuda a entender o fenômeno da saúde mental entre indígenas, pois privilegia o desconforto mental e não a doença mental, evidenciando menos os distúrbios

psicológicos do que as dimensões psicológicas, comportamentais e socioculturais associadas a esses fenômenos ao realizar-se um diagnóstico psiquiátrico. Por este prisma, assinala-se que a percepção de normalidade varia segundo a cultura e a anormalidade pode ocorrer de modo controlado. A possessão por espíritos, embora seja uma manifestação individual, conforma-se aos valores culturais, e como a pessoa considerada mentalmente doente é, segundo a crença, possuída por espíritos, cabe ao xamã identificar a causa dessa doença e prescrever os atos expiatórios, os quais realizam a cura simbólica e cultural, baseando-se na linguagem, no ritual e na manipulação de símbolos culturais, por meio do envolvimento pessoal do paciente (HELMAN, 2009).

Para Mircea Eliade, o xamã, ou pajé, é o curandeiro e intermediário entre os seres humanos, deuses e espíritos, que garante a subordinação a proibições rituais, defende a comunidade contra os maus espíritos, conhece as propriedades medicinais das plantas e animais e empreende uma “viagem extática” para efetuar a cura, por meio do “trance xamânico”, que conduz à possessão por seus espíritos auxiliares (ELIADE, 1976, p.263).

De fato, o itinerário terapêutico entre os indígenas, quanto à procura de tratamento, orienta-se pelo aspecto e gravidade da doença. Após o reconhecimento dos sinais, sintomas e prováveis causas de uma doença, inicia-se a trajetória pelo empenho pessoal do doente em procurar ajuda no âmbito familiar e rede social, uma vez que o saber, notadamente relacionado à eficácia do uso de plantas medicinais, é difundido entre os membros da comunidade. Porém, se não houver resolutividade, com a continuidade e agravamento dos sintomas, um agente da medicina tradicional é contatado, em especial um rezador, que estabelece um novo diagnóstico e prescreve o tratamento por meio de rezas.

No entanto, apenas o xamã pode acessar o universo sobrenatural, sendo convocado para diagnosticar uma doença causada por feitiço. Para isso, essa figura, que tem a dupla função de curador e feiticeiro, executa um ritual de cura xamânica, ao reconstruir a origem do desconforto, incutir no doente um mito coletivo por meio da recitação, enquanto fala e o doente escuta, no intuito de reintegrar a pessoa a seu ambiente sociocultural. Pois, a “eficácia da magia implica na crença da magia” por parte do feiticeiro, do doente ou da vítima, assim como pela “confiança e exigências da opinião coletiva” (LÉVI-STRAUSS, 1974, p.192).

Atualmente, se não houver resultado por parte da medicina tradicional, dá-se continuidade ao tratamento recorrendo-se à medicina científica, oficial, ofertada pela Política Nacional de Saúde Indígena, a partir do DSEI. Pelo planejamento inicial, as equipes de saúde desses distritos seriam compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde (AIS), sendo que, na comunidade, a partir do posto de saúde, a atenção básica teria como referência o AIS, que realizaria o tratamento (BRASIL, 2002).

Portanto, esse modelo vigente de assistência diferenciada pode assegurar os recursos da medicina científica, por meio do DSEI, e a participação dos AIS, o que facilita a mediação entre o serviço de saúde e a comunidade, mas não inclui os agentes da medicina tradicional, como o pajé, aspecto que foi sugerido nessas conferências de saúde, porém é negligenciado pela política de atenção à saúde indígena.

Percebo que a adoção desse modelo, que prioriza conhecimentos e recursos externos à comunidade, deixa de levar em conta os recursos internos que poderiam ser acionados para a resolução dos conflitos locais (ERTHAL, 2003).

A partir das diretrizes da *Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas*, as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), passaram a incluir

também psicólogos (BRASIL, 2010), tendo em vista uma demanda crescente no âmbito da saúde mental que expressa as condições de saúde tanto de indígenas que vivem em comunidades quanto daqueles moradores de periferias de cidades.

De fato, percebo nesses contextos sociais um cenário de violência gradativa contra os povos indígenas, que exprime a omissão do poder público, as agressões físicas e sexuais, as situações de discriminação e racismo, a invasão e devastação de suas terras, o descaso quanto a seus direitos, fatos esses que agravam as condições psíquicas e morais desses indígenas.

Assinalo a ocorrência nos últimos anos de um quadro grave de suicídio e tentativa de suicídio entre os povos indígenas. Entre 1999 e 2005, verifiquei na região 38 casos de suicídio, sendo 28 entre Macuxi e dois entre Wapichana, além de oito casos sem identificação étnica; compreendendo 28 do sexo masculino e dez do sexo feminino; dentre os quais 21 casos com idade entre nove e 18 anos; atingindo várias comunidades; sendo 34 casos por enforcamento. Ressalto ainda que, dos 106 casos de suicídio registrados no Brasil em 2016, 18 ocorreram em Roraima, sendo dez entre indígenas do DSEI Leste e oito entre indígenas do DSEI Yanomami, porém o suicídio atinge principalmente os Kaiowa do Mato Grosso do Sul, estado que responde por 782 mortes por suicídio ocorridos entre 2000 e 2016 (CIML, 2016). Na verdade, a violência atinge a população indígena já no início da formação e socialização da criança, pois a maioria dos casos ocorre na faixa etária infanto-juvenil.

À vista disso, convém uma reflexão sobre o lugar da Psicologia Clínica no contexto indígena, uma vez que essas adversidades assinaladas anteriormente ocorrem nas comunidades indígenas de Roraima, como pude constatar entre 1999 e 2005, ao exercer a função de médica e responsável pelo atendimento à saúde mental no DSEI Leste de Roraima.

Obviamente, esses fenômenos psicossociais geram sofrimento individual e coletivo na população, que tende a reagir de modo psicossomático ao elaborar transtornos físicos, psíquicos e sociais, o que responde bem ao apoio social da rede de agentes do sistema tradicional de saúde.

Os indígenas se valem do autocuidado (MENÉNDEZ, 2003) para solucionar ou prevenir doenças. Dessa forma, para os Mohave, o “paciente submete ao curador uma descrição de seu mal e um autodiagnóstico, o curador confirma ou modifica esse autodiagnóstico” (DEVEREUX, 1996, p.302).

Na verdade, em alguns casos o atendimento ocorre de forma compartilhada, uma vez que, notadamente em comunidades localizadas próximas de cidades, os pajés e rezadores já não influenciam a população como anteriormente; e cada vez menos novos aprendizes desse sistema tradicional de saúde estão sendo preparados para exercer o xamanismo. Por conseguinte, a medicina tradicional tende a ser cada vez menos utilizada, face ao prestígio da medicina científica que, com seus recursos humanos e financeiros, promove a assistência à população na própria comunidade ou na rede hospitalar urbana.

De fato, o conhecimento tradicional indígena referente aos cuidados de saúde está sujeito a influências da medicina científica, porém é considerado menos valioso que o conhecimento científico e tido como obstáculo, tendo em vista a zona de contato e a intermedialidade existente entre estas tradições médicas (FOLLÉR, 2004).

Dessa forma, a rotina adotada no DSEI Leste de Roraima para uma provável doença mental, quando eu prestava assistência na região, consistia em atendimento pelo agente de saúde no Posto de Saúde da comunidade ou Polo Base, levando-se em consideração a realidade local, e solicitação de consulta médica para avaliação e possível encaminhamento

aos serviços de referência vinculados ao SASI-SUS e à rede de atenção à saúde mental. Em área indígena, eu acompanhei os casos diagnosticados como transtornos psíquicos e sob tratamento psicotrópico.

Porém, questiono o modo como esses indígenas são atendidos pelos psiquiatras no ambiente urbano, tendo em vista que a formação acadêmica não abrange a saúde indígena e as classificações diagnósticas adotadas no Brasil não atendem especificidades. Dessa forma, a *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10* (CID-10, 1998), produzida pela Organização Mundial da Saúde, não valoriza o aspecto cultural, e o *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-V, 2014), produzido pela Associação Psiquiátrica Americana, orienta sobre a compreensão do contexto cultural para a avaliação e manejo clínico da doença e traz a categoria susto. No entanto, ambas desconsideram categorias diagnósticas verificadas no contexto indígena, como quebranto e doenças causadas por feitiçaria.

A importância desses modelos diagnósticos se confirma pelo erro diagnóstico contrário que consiste a “tomar como neurótico ou psicótico” indivíduos que, em virtude de “particularidades étnicas”, se comportam de uma maneira que simultaneamente coincide com “nossos próprios modelos conceituais de doença mental” (DEVEREUX, 1996, p.308).

Na minha prática, ao retornar à comunidade de origem, o paciente era acompanhado no âmbito terapêutico, com a prescrição de medicamentos e visitas familiares. Porém, se o quadro fosse reconhecido pelos indígenas como uma “doença indígena” o paciente seria encaminhado ao pajé, caso houvesse este agente do xamanismo na própria comunidade. Era possível também a procura de ajuda em outras comunidades, providenciando-se a remoção do paciente para a casa do pajé.

O atendimento ao indígena deve ser garantido de modo diferenciado, propiciando-se a remoção conjunta do paciente e acompanhante, que pode ser tanto o AIS como um ou mais familiares. Como particularidade, há a Casa de Apoio à Saúde Indígena (CASAI) com vistas ao acolhimento e hospedagem desses indígenas. De fato, há 76 CASAI vinculadas aos 34 DSEI, sendo que a CASAI de Boa Vista, em Roraima, recebe indígenas encaminhados pelos DSEI Leste e Yanomami.

Destaco que, em 2008, coordenei um projeto de intervenção, envolvendo psicologia e saúde indígena, com vistas a inclusão e humanização de pacientes indígenas de diversas etnias de Roraima, em tratamento na CASAI de Boa Vista, e seus acompanhantes, por meio da arte terapêutica, representada pelo artesanato tradicional, com o propósito de canalizar emoções e sentimentos de usuários e acompanhantes, face ao convívio intercultural em ambiente institucional urbano, regido por normas distintas do contexto comunitário sob a vigilância de pessoas pertencentes à cultura dominante, não indígena. As atividades manuais e de lazer favoreceram os encontros, sensibilizando os indígenas para a aceitação das condições de tratamento, marcadas pelo longo período de recuperação e partilha de espaço coletivo.

Constato mudanças nas estratégias de acolhimento, permitindo-se por exemplo a entrada do pajé na CASAI, mas sem nenhum apoio no âmbito financeiro, essencial para o deslocamento e permanência do pajé na cidade e realização da pajelança, entretanto, percebo ainda o predomínio do modelo biomédico no atendimento institucional, o que gera desprazer entre pacientes e acompanhantes.

Outra particularidade da assistência nesse contexto corresponde à mobilidade frequente de indígenas em direção a Boa Vista, o que tem acarretado riscos, notadamente

para a faixa etária juvenil, com maior vulnerabilidade social, uma vez que esses jovens têm se envolvido com delinquência, substâncias psicoativas e prostituição (SOUSA; REPETTO, 2008), exacerbando os conflitos de geração, pois esses jovens infringem as normas culturais e contrariam as expectativas parentais de constituírem famílias na comunidade.

Dessa forma, realizei projetos de intervenção junto a várias etnias de Roraima, sob demanda da população local, de modo colaborativo, nomeadamente com o apoio de AIS, professores indígenas e líderes femininas da Organização das Mulheres Indígenas de Roraima (OMIR). Esses projetos abrangeram morbidades e infortúnios que acometem a população local, sendo realizados por meio de estratégias específicas: inquéritos, na maioria das comunidades, sobre o consumo abusivo de substâncias psicoativas traduzidas por alcoolismo, devido a abuso de bebida alcoólica destilada, como a cachaça, provinda da cidade, e abuso de maconha, oriunda da Guiana; autópsias psicológicas dos casos de suicídio, uma vez que há tentativas de suicídio e práticas de suicídio entre crianças, jovens, adultos e idosos, de ambos os sexos, por meio de enforcamento, notadamente entre os Macuxi e Wapichana; avaliação das violências diversas que atingem as comunidades, desde violência doméstica, violência contra a mulher, violência contra idoso, violência sexual contra meninas, cujas informações foram coletadas por meio de uma ficha de casos de violência, contando com a ajuda dos AIS (GIL, 2006; GIL, 2016).

Esses indígenas são igualmente vitimados por exclusão social, precariedades em saúde e nutrição, associadas a falta de assistência pública e violação de direitos sociais; sendo expostos a invasão de suas terras, a influências da modernização e do mercado de consumo, a processos de migração para o meio urbano e a exploração de sua mão de obra. Outrossim, essa população vivencia o conflito de identidade em função da discriminação étnico cultural, preconceito e racismo, nomeadamente em meio urbano.

De fato, o adoecimento entre os indígenas envolve várias dimensões. Geralmente, a doença mental é percebida como resultante de feitiçaria, o que retrata os conflitos interpessoais e interétnicos. Para Devereux (1996), os indígenas Mohave não possuem uma teoria etiológica geral das doenças mentais, mas a dimensão psíquica engloba a feitiçaria, sendo a loucura, a neurose e a psicose, estados adquiridos. Além disso, o neurótico e o psicótico podem informar sua passagem do estado normal a um estado de loucura por meio de certos sinais culturalmente padronizados, ou “sintomas de alarme”, que constituem uma forma de cooperação entre o doente e o médico (DEVEREUX, 1996).

Por conseguinte, apoiiei-me em estratégias preventivas coletivas nas comunidades indígenas, através de visitas domiciliares, debates em reuniões comunitárias, oficinas de capacitação de lideranças, especialmente femininas, palestras sobre as principais condições de risco e atividades de coleta de desenhos e de encenação ou dramatização com as crianças. Igualmente, foram elaboradas conjuntamente cartilhas sobre o enfrentamento das circunstâncias de alcoolismo e violência contra a mulher, que foram distribuídas em toda a região. Ao valorizar os padrões culturais de expressão das emoções e resolução de conflitos, procurei estimular as iniciativas locais (GIL, 2016).

Dessa forma, em meio ao aspecto psico-étnico-cultural do processo saúde-doença, valorizo os diversos sistemas de cuidados, rituais protetivos e procedimentos de cura, baseados em prática xamânica, segundo as especificidades étnicas. Todavia, eu considero possível um enfoque clínico, de escuta humanizada, que atenda angústias, conflitos e expectativas pessoais, para casos como o de uma menina Deni, mestiça, órfã e adotada,

que expressou seu medo do abandono, trazendo em sua fala um desabafo: “minha mãe morreu”. A propósito, Géza Róheim salientava a relação mãe-criança e o conhecimento dos mitos no intuito de fundamentar suas interpretações, porém, privilegiava a experiência individual, considerando cada caso no seio de uma mesma cultura como totalmente diferente (RÓHEIM, 1978). Obviamente, é preciso entender como a população concebe a educação de uma criança, as relações de parentesco, o respeito à autonomia em solucionar conflitos, no entanto, essa criança precisa de acolhimento e apoio afetivo.

O atendimento clínico pode ser realizado de modo pontual, articulado a uma intervenção coletiva, representada por rodas de conversa, acompanhamento de atividades rotineiras, inserção gradativa em atividades cotidianas, tarefas produtivas, rituais de integração, levando-se em consideração a dificuldade de se manter um contato prolongado, repetitivo, isolado, pois os segredos revelados acabam sendo compartilhados na comunidade. É preciso realizar, simultaneamente, o empoderamento das mulheres com vistas ao fortalecimento da rede de apoio social na comunidade e o intercâmbio de saberes e partilha de atividades de cuidado e cura com o pajé, promovendo-se a eficácia das práticas xamânicas em resolver conflitos sociais e culturais. E, atualmente, promovo a conscientização de jovens indígenas, estudantes de psicologia, no intuito de sensibilizá-los e prepará-los para se inserirem nessa rede comunitária.

Nesse sentido, o método psicanalítico possibilita o conhecimento psíquico minucioso do indígena na sua corporeidade e subjetividade, ao valorizar a análise mitológica, a história pessoal e familiar e o conhecimento aprofundado das elaborações psíquicas. Porém, a prática clínica envolve especialmente a clínica no coletivo, o acompanhamento terapêutico e a intervenção pela arte indígena.

Portanto, é preciso repensar os modos de atuação psicológica no âmbito da saúde indígena, que inclui a pessoa na sua corporeidade, privilegiando-se a triangulação de abordagens, ou seja psicológica, antropológica (levando-se em conta a perspectiva êmica) e médica, tendo em vista a diversidade étnica do Brasil e o respeito aos sistemas tradicionais indígenas de atenção à saúde na figura de seu representante pajé ou xamã. Embora o pajé sintam-se impotente face a condições de adoecimento decorrentes do contato com a sociedade envolvente, como ansiedade, depressão, fobia, pode ser apoiado em sua intervenção, que esclarece as circunstâncias de vida enfrentadas por esses indígenas na transição entre contextos tradicionais e urbanizados

Considerações finais

Ao se buscar estimular o protagonismo indígena devem ser consideradas a dimensão sociocultural e psicológica. Faz-se necessário a afirmação da identidade cultural, assim como a preservação do conhecimento espiritual e cultural indígena e a participação efetiva dos pajés conhecedores tradicionais das práticas de cuidados e cura, como protagonistas na estruturação de um modelo adequado de atenção à saúde indígena, em articulação com a Psicologia e outros profissionais da saúde mental, visando melhorar as relações sociais e o bem viver.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Disponível no endereço eletrônico: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 10.mar.2017.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. Brasília: Departamento de Saúde Indígena, Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n° 2.759**, de 25/10/2007. Estabelece diretrizes gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas e cria o Comitê Gestor, 2007. Disponível no endereço eletrônico:

<bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt2759_25_10_2007.html>

Acesso em: 10.mar.2017.

_____. Ministério da Saúde. **Projeto de Vigilância e Controle de Doenças (VIGISUS III)**. Plano dos Povos Indígenas (IPP). Brasília: Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena**: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2015.

_____. Fundação Nacional de Saúde. **4ª Conferência Nacional de Saúde**: Relatório final. Brasília: Funasa, 2007.

CENTRO DE INFORMAÇÃO DIOCESE DE RORAIMA. **Índios e Brancos em Roraima**. CIDR, Brasília-DF: Ed. Coronário, 1990.

CID-10. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10**: diretrizes diagnósticas e de tratamento para transtornos mentais em cuidados primários. Organização Mundial da Saúde. Porto Alegre: Artes médicas, 1998.

CONSELHO INDÍGENA DE RORAIMA. **Projeto de Atenção Básica à Saúde Indígena**. CIR, (Convênio CIR-FUNASA). Povos Macuxi, Wapichana, Ingaricó, Taurepang, Patamona e Wai-Wai, Período de 2000 a 2008. Boa Vista-RR, 2008.

CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO. **Relatório Violência contra os Povos Indígenas no Brasil**. CIMI, Dados de 2016. Disponível em: <http://www.cimi.org.br>. Acesso em: 10.out.2017.

DEVEREUX, Georges. **Ethnopsychiatrie des indiens Mohave**. Paris: Synthélabo, 1996. (Tradução pessoal).

_____. **Ethnopsychanalyse complémentaire**. Paris: Flammarion, 1985. (Tradução pessoal).

DSM-V. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais** [American Psychiatric Association; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento et al]; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli [et al], 5ª ed.. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ELIADE, Mircea (1976) **El chamanismo y las técnicas arcaicas del éxtasis**. Tradução de Ernestina de Champourcín, 2ª ed.. México: FCE.(Tradução pessoal).

ERTHAL, Regina M.C. A formação do agente indígena de saúde Tikúna no Alto Solimões: uma avaliação crítica. In: COIMBRA JR., Carlos E.A. (org.) **Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz/Abrasco, 2003, pp.197-215.

FOLLÉR, Maj-Lis (2004) Intermedialidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. In: LANGDON, Esther Jean; GARNELO, Luiza (org.) **Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria/Associação Brasileira de Antropologia, 2004, pp.129-147.

GIL, Pamela A. Mulher Indígena: novos enfrentamentos. In CALEGARE, M.G.A; HIGUCHI, M.I.G. (Orgs.) **Nos interiores da Amazônia: leituras psicossociais**. Curitiba-PR: CRV, 2016, pp.271-285.

_____ Abuso sexual de meninas em população indígena: tentativas de prevenção e intervenção. In ARAÚJO, N. F. (Org.), **Relações sociais e gênero: olhares cruzados América Latina Europa**. Natal/RN: EDUFRN, 2006, pp.225-236.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, Saúde e Doença**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994 tradução Cláudia Buchweitz, Pedro M. Garcez Artmed, 2009

LÉVI-STRAUSS, Claude. **Anthropologie Structurale**. Paris: Plon, 1974. (Tradução pessoal).

MENÉNDEZ, Eduardo L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, 8 (1), 2003, pp. 185-207. (Tradução pessoal).

RÓHEIM, Géza. **Psychanalyse et Anthropologie**. Paris: Gallimard, 1978.(Tradução pessoal).

SANTOS, Ricardo.V; COIMBRA JR, Carlos E.A. (Orgs.) **Saúde e Povos Indígenas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

SEEGER, Anthony; DA MATTA, Roberto; VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. A construção da pessoa nas sociedades indígenas brasileiras. In: **Boletim do Museu Nacional**, Nova Série, Nº 32 Maio de 1979. Rio de Janeiro: Museu Nacional, 1979.

SOUZA, Eliandro; REPETTO, Maxim (Org.) **Diagnóstico da situação dos indígenas na cidade de Boa Vista-Roraima**. Boa Vista/RR: Editora UFRR, 2007.

9. VIVÊNCIAS DE PACIENTES COM CÂNCER EM UM HOSPITAL: REFLEXÕES DA FENOMENOLOGIA DE EDITH STEIN

Joelma Ana Gutiérrez Espíndula
Angela Ales Bello

Introdução

O presente capítulo tem como foco compreender os modos do paciente experienciar e lidar contra o câncer e os tratamentos. No Brasil, o câncer se constitui a segunda causa de morte por doença e é considerado um grande problema de saúde pública, segundo a previsão do Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2018), para o ano de 2018 e 2019, foi estimado 1,2 milhão de novos casos de câncer no Brasil. Em 2018, a estimativa é que surjam 582 mil novos casos, sendo 300 mil em homens e 282 mil em mulheres. Essa temática tem ganhado preocupação na literatura científica brasileira, especialmente a partir do surgimento da Psico-oncologia, que nasceu da necessidade de oferecer um modelo de atenção integral visando proporcionar intervenções psicológicas de apoio ao paciente e a família, auxiliar na assimilação das informações da doença, dos tratamentos e do prognóstico e fortalecer seus recursos de enfrentamentos da situação-limite, em uma lógica de compromisso social e cidadania (NEME, 2008). Além disso, vem sendo criado serviços e programas de atenção primária, secundária e terciária no campo da oncologia que acolham também às necessidades dos profissionais de saúde envolvidos (ESPÍNDULA, 2009; SANTOS, NEVES, LINHARES, 2015).

O câncer é uma doença causada pela reprodução desordenada de uma célula, sendo que essas células crescem por infiltração progressiva e destroem os tecidos vizinhos, produzindo um crescimento secundário em local distante chamado metástase. Se não for tratado logo no princípio, pode levar à morte (ASHTON-PROLLA, 2002; YAMAGUCHI, 1994). A ideia de que o câncer inevitavelmente afeta profundamente a maneira como as pessoas reagem à doença e isto pode aumentar a sensação de desamparo e desesperança. Ainda hoje, a sociedade carrega o estigma do câncer como uma “sentença de morte”. Anteriormente não existia tratamento, e a morte era inevitável. Essa marca continua presente no imaginário das pessoas, assim como eram, em outras épocas, a tuberculose e as pestes. Muitas pessoas evitam falar a palavra câncer, como se sua pronúncia fosse levar à maldição da morte (CARVALHO, 2003; KOVÁCS, 2003).

Hoje sabe-se que o câncer pode ser, em muitos casos, ser curado, devido à evolução técnico-científico e ao diagnóstico precoce. Mas quando esse diagnóstico chega ao paciente, a primeira reação costuma ser o medo de que, no seu caso, além de não ser curado, o câncer vá trazer consigo muito sofrimento, humilhação física e dor. É preciso encontrar o significado e a compreensão dessa situação para cada indivíduo na sua peculiaridade, na sua história de vida, nas características da personalidade, na etiologia da doença e na afiliação religiosa (CARVALHO, 2003; FRANCO; KOVÁCS, 2003; GIMENES, 1998; PERDICARIS; SILVA, 2008; VALLE, 2004).

O fato de informar ou não um diagnóstico de câncer aos pacientes levanta discussão em o que contar, quem contar, como contar, entre diversos estudiosos na Psico-Oncologia. Às vezes, a família decide esconder a verdade do paciente para poupá-lo da dor de se ter uma doença grave, mas o paciente percebe algo pelos atos e olhares dos familiares que expressam preocupações e emoções omitidas. Além de o paciente ter de lidar com sua

doença, ele tem de enfrentar essa questão: será que estou sendo traído e enganado pela minha família? O ideal é informar ao paciente de acordo com o quanto ele esteja preparado para receber de informação a respeito da sua doença e do seu tratamento, ou seja, ele mesmo sinaliza os parâmetros do quanto deseja e suporta saber. Falar a verdade parece sempre ser a melhor atitude, exceto em situações bem singulares (CARVALHO, 2003; CORREIA, 2000; COSTA, 2008; ESPÍNDULA, 2010; MELO, 2015).

Sendo assim, o interesse pela pesquisadora na trajetória da Psico-oncologia foi iniciado há duas décadas, o que proporcionou reflexões da prática clínica no hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo – USP, de Ribeirão Preto e das pesquisas relacionadas às atividades docentes em Trabalhos de Iniciação Científica, Conclusão de Curso e Dissertação de Mestrado. Foi realizado pela pesquisadora em 2001 o Mestrado intitulado “Vivências de mães em situação de recidiva de câncer em seus filhos”, em uma abordagem fenomenológica em que foi publicado um capítulo do livro “Psico-Oncologia Pediátrica” (2001) e reeditado em (2010). Foi organizado um Grupo de Apoio Psicológico a mulheres com câncer voluntário que ocorria semanalmente no Grupo de Apoio e Prevenção Oncológica (GAPON) de Governador Valadares – MG. A maioria das falas mostrou solidariedade, esperança, otimismo, apoio da família, amigos, e, principalmente a importância do grupo de apoio ser um espaço para expressarem suas dúvidas, anseios e medo. Portanto, foi optado nesse capítulo realizar recortes de entrevistas da pesquisa de Doutorado concluída na EEUSP-RP, com orientação fenomenológica fundamentada no mundo assim como vivido pelos pacientes com câncer (ESPÍNDULA, 2009). Diante disso, as entrevistas foram abertas e pautadas em duas perguntas norteadoras: *como pessoas acometidas pelo câncer vivenciam o adoecimento e os tratamentos? E como essa busca é vivida pelos pacientes que procuram apoio na luta contra o câncer e seu tratamento?*

Trata-se de uma pesquisa qualitativa-descritiva, sob o referencial de análise fenomenológica em Edmund Husserl (1900-1/2007), Edith Stein (1917/1998) e Ales Bello (2004; 2006; 2016), um modo de compreender e analisar o ser humano na sua totalidade - física, psíquica e espiritual, que possibilita um aprofundamento e uma correlação entre sua interioridade e exterioridade que se mostram nos desdobramentos das análises desenvolvidas. Com base no pensamento dos autores, consideramos importante aprofundar o conhecimento das vivências próprias do ser humano, a partir da compreensão dos depoimentos dos pacientes com câncer, tendo em vista as estruturas essenciais da pessoa humana (corpo, psique, espírito). O método fenomenológico foi escolhido para responder às perguntas que deram origem a esta pesquisa, porque demonstra adequado à reflexão sobre as temáticas envolvendo os sujeitos.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, formalizando a anuência do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), seguindo à Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CONEP). O rigor da condução da pesquisa qualitativa que implica participação de seres humanos possui aspectos éticos e complexos que exige do pesquisador responsável uma condução cuidadosa e atenta às pessoas envolvidas da pesquisa. Não somente os pesquisadores devem seguir as normas preestabelecidas, mas, principalmente, ter a preocupação e a responsabilidade no contato com sofrimento e sentimento mais íntimo destes pacientes fragilizados e vulneráveis.

Na coleta de dados foi constituída por 10 usuários em tratamento de câncer (apresentadas com nomes fictícios) atendidos de um hospital de Ribeirão Preto - SP.

Foram utilizados como critérios de inclusão, pessoas com diagnóstico de câncer e que tivesse realizando tratamento há mais de um ano e que aceitaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Como critérios de exclusão, pessoas que não tivessem condições cognitivas. Todos pacientes que estavam no ambulatório do hospital de RP no período de Janeiro a Maio de 2007, que foram abordados, aceitaram participar da pesquisa. Para selecionar os colaboradores, a pesquisadora realizou a leitura dos prontuários de pacientes que vinham para consulta médica (realizada pelos médicos contratados e residentes oncologistas) para verificar aqueles que preencheram os critérios de inclusão e indagando a respeito do interesse e disponibilidade para participar do estudo. O encontro com cada participante ocorreu individualmente, com duração média de 50 minutos e solicitada assinatura no TCLE. Em seguida, para o estudo qualitativo foi iniciado com a seguinte questão norteadora: *como o sr/ sra. está vivendo este momento de sua vida?* A partir daí buscou ampliar e aprofundar as respostas dos pacientes com outras questões que foram necessárias e relevantes para o tema em estudo. O instrumento da pesquisa foi a entrevista fenomenológica aberta individual (AMATUZZI, 2009), em que a pesquisadora procurou, por meio da atitude fenomenológica, desvelar o sentido da experiência do sujeito que vivenciava um período de adoecimento. Ela se dá nesse encontro entre este indivíduo que sabe alguma coisa e vai descrevê-la ao pesquisador que deseja conhecê-la, e que permite partilhar compreensões, interpretações e comunicações. As entrevistas foram transcritas na íntegra, garantindo o sigilo das participantes e foram analisadas segundo o método fenomenológico de pesquisa em psicologia, baseada no pensamento de Edith Stein.

O estudo teve como objetivos compreender as vivências de pacientes com câncer e identificar os elementos de suporte para auxiliar no enfrentamento da doença e dos tratamentos, à luz dos fundamentos da fenomenologia de Edith Stein.

Fundamentos da Fenomenologia de Edith Stein

Edith Stein iniciou a fazer parte do grupo de fenomenologia de Edmund Husserl em Göttingen, em 1913, e passou a aprender o método fenomenológico e a desenvolver suas pesquisas, aplicando o método na construção de uma fundamentação filosófica rigorosa de ciências empíricas. Depois que escreveu seu primeiro importante trabalho, tornou-se assistente de Husserl, e esta tese se encontra no livro *O problema da empatia* (STEIN, 1917/1998). Como afirma Paolo Valori (1985)¹ no Prefácio da tradução italiana de *Zum Problem der Einfühlung* (empatia)²:

Fenomenologia é a filosofia do nosso tempo. Ela corresponde, efetivamente, àquela necessidade, tão percebida pelos nossos contemporâneos, de ir às coisas mesmas, de ver com os próprios olhos, e depois, descrever com exatidão e fidelidade, a realidade, assim como ela se manifesta, sem ídolos, preconceitos ou pressupostos ideológicos (VALORI, 1985, p.11, tradução nossa).

Edith Stein, em sua obra denominada “A estrutura da pessoa humana” (1932-3/2000), descreve a fenomenologia da essência (sentido) fundamentada no mundo da vida (Lebenswelt) da pessoa com câncer, assim como é vivido concretamente pelo sujeito. O seu ponto de partida metodológico é “voltar às coisas mesmas”, prescindindo de todo conhecimento *a priori* e sem preconceitos que, a princípio, são suspensas na trajetória da pesquisa que ela pretende

¹ VALORI, P. Prefazione - *Edith Stein – Il problema dell’Empatia*. Roma: Studium. 1998, p.11.

² GARCIA, J. T. *Edith Stein: Ética na vida profissional*. In: Anais Seminário Internacional de Fenomenologia São Bernardo dos Campos, 2006,.

desenvolver. Esta atitude quer dizer que, ao estudar certo fenômeno, não se deve partir daquilo que já se sabe a respeito, mas voltar o olhar para a realidade mesma e procurar observar o que se lhe apresenta como essencial, sendo esta apreendida e, após, feita uma descrição rigorosa de como o fenômeno se mostra. A autora reconhece que, no ser humano, existe um eu que apreende a realidade e seus sentidos, acolhendo-os em sua interioridade e atribuindo valores de acordo com seu grau de significado e se identifica aí um indivíduo espiritual ligado a este mundo.

A redução fenomenológica é descrita de modo a “colocar fora de circuito” as preocupações a respeito da existência do indivíduo, o mundo psicofísico e físico, sendo que o pesquisador observa apenas o vivido em si mesmo e pode assim, chegar ao “eu puro” do outro, à essência dos fenômenos, no seu sentido estrutural e universal, não pretende descartar os dados da existência, apenas os elimina por um momento da trajetória (STEIN, 2000/1932-3). Aqui poderia ser considerado a partir de duas perspectivas: como um “homem real” e como um “eu puro”. Cada um é um ser humano real (eu empírico) que é sujeito de suas vivências, e que está sujeito a erros, reduções, e se relaciona com o mundo objetivo e se reconhece aí que o “eu puro” é esta função de identificar, por meio da consciência todas as vivências. Todas as pessoas têm a função estrutural e essencial que pode ser avaliada sem se referir um específico ‘homem real’. Mas, “estas funções vivem nos ‘homens reais’ e é evidenciado pela reflexão, que é a chave de todo este discurso” (ALES BELLO, 2004a, p. 180).

A análise fenomenológica apresenta as seguintes atitudes que serão tomadas para a sua realização: *Epoché* e a redução Fenomenológica, que são trabalhadas de forma contínua nesta pesquisa. A *Epoché* consiste no ato de colocar entre parênteses a crença na atitude natural, dessa forma, considera-se que para conhecer o fenômeno, seja necessário nos abster de qualquer conhecimento, além da suspensão de crenças, e preconceitos de forma que se busque a concentração exclusiva naquilo que é dado à consciência (ALES BELLO, 2016; STEIN, 1922/1999b; 1917/1998).

Subjetividade segundo Stein: Pessoa Humana e sua constituição estrutural

O tema inicial da análise fenomenológica em Edith Stein e Ales Bello é compreender *quem é o ser humano?* A Professora Angela Ales Bello vem se dedicando ao estudo do método fenomenológico na concepção de Edith Stein e da experiência religiosa. Ela vem fazendo a tradução para o italiano de todas as obras da língua alemã dessa filósofa. Já existem muitos destes livros publicados sobre este tema em outros idiomas na Europa. No Brasil, em português, se encontra a tradução de algumas obras de Edith Stein - “A mulher” e “Edith Stein: vida de uma família judia e outros escritos autobiográficos”. Entretanto, já se encontra em processo a tradução de outras obras de sua autoria em português, sobre o método fenomenológico em Edmund Husserl e Edith Stein. Ainda em 2019 sairá a obra “Il senso dell’ humano: fenomenologia, psicologia e psicopatologia (2016)” em que eu colaborei com a tradução junto com a Professora Adair Sberga, pela Editora Paulus.

Como se constitui a identidade pessoal? Neste caso, é aquele que é acometido por uma doença grave e crônica como o câncer. Em geral, o ser humano tem uma estrutura única e essencial que é universal a todos. Para Stein (1922/1999b), só se estuda a pessoa humana³ partindo da sua interioridade, por meio da condição empática ou intropatia, sendo fundamental uma relação intersubjetiva com o outro para o estabelecimento do eu. Esse *eu*

³ Diferentemente de outras teorias o ser humano, é também ser espiritual. Do ponto de vista filosófico, fala-se em pessoa. Tanto Husserl quanto Stein utilizam o termo “pessoa”, enfatizando o reconhecimento da sua dimensão espiritual constitutiva (ALES BELLO, 2006).

só acontece no fluxo das vivências apreendidas do outro, na relação que presentifica o seu ser si mesmo, a sua alma, a sua vida anímica, através de uma disponibilidade e atenção. O centro da alma humana tem uma natureza espiritual e psíquica. O ser humano não é somente psicofísico; é também espiritual - esse é o ponto essencial segundo Stein - e é a partir desta dimensão que se mostram as outras partes da pessoa, pois a *alma* tem apenas um núcleo (é o centro do eu). Ao colocar entre parênteses a afirmação habitual de que o homem é corpo e alma, não se parte disso, uma vez que se inicia a análise pelos atos perceptivos, sensíveis, motores, e depois pelos atos transcendentais, reflexivos e tomadas de posição voluntária, por exemplo. Pensamos que esta seja uma possibilidade de se fazer pesquisa fenomenológica com pacientes com câncer, abrangendo a totalidade do ser humano, realizando uma análise da estrutura do ser humano em sofrimento.

Stein (1917/1998; 1932-3/2000) coloca as perguntas que abrange a totalidade do ser humano: "o que é o ser humano?" "Quem sou eu?" Estas são questões fundamentais em todos seus escritos, e apresenta características descritivas da estrutura da pessoa com a contribuição de uma fundamentação filosófica para as ciências empíricas, como a psicologia, a antropologia e a pedagogia. A finalidade da análise fenomenológica não é somente uma descrição da interioridade do ser humano e indagação sobre a estrutura, mas também contribui para ampliar aqueles tipos de pesquisa que até o momento eram os únicos modelos metodológicos de ciência, o positivismo. Esse impulso empreendido pelas ciências humanas vem de Husserl e Stein pela exigência naquele período de fazer algo voltado para a subjetividade (ALES BELLO, 2004).

Trata-se de uma questão epistemológica que se divide em três momentos: estabelecer o que é a psicologia, a ciência do espírito e o relacionamento existente entre essas disciplinas. A primeira justifica a investigação sobre a psique, tomando posição nos confrontos com outros grandes estudiosos do seu tempo e diferenciando uma psicologia empírica de uma psicologia pura. Esta última utiliza a descrição essencial para individuar a estrutura fundamental da psique, que emerge sobre o vivido e é indispensável para a compreensão do que é o psíquico. Toda pesquisa empírica apresenta casos particulares com uma concepção determinada que parte da estrutura fundamental de seu objeto, para mostrar cada vez o que se percebe. É papel da fundamentação filosófica das ciências empíricas mencionarem suas ideias predominantes (STEIN, 1999a).

Edith Stein (1922/1999b), em sua obra "Potência e ato", como tese de livre docência em 1919, e publicada em 1922, menciona que as análises do comportamento partem de uma psicologia *a priori*, discutindo a psicologia como uma ciência do espírito. Para compreender melhor esta definição, é preciso retomar o termo "*alma*" que indica uma realidade formada mais com a psique do que com o espírito e, ao contrário, a vida psíquica resulta da ação combinada entre força psíquica e espiritual. Então, uma psicologia pura cujo interesse é o psíquico não poderia deixar de pensar que o ser humano é uma realidade complexa, e deve-se dar atenção sobre o espiritual, pois é neste plano que se elabora a teoria e, conseqüentemente, a análise aqui conduzida se apresenta por meio da dimensão corpórea.

A motivação racional é característica própria do espírito, a descrição parte de uma reflexão teórica que se apropria da intuição da essência. A ciência do espírito observa as singulares expressões humanas no sentido espiritual, e aí se recortam indagações referentes às áreas específicas - como a ciência social, a história, o direito, aqui se trata de uma pesquisa filosófica-fenomenológica, que vai à profundidade, e pressupõe sempre uma

atividade espiritual. Stein (1922/1999b) apreende as estruturas apriorísticas do espírito, e junto está presente o pressuposto antropológico que abrange a totalidade do ser humano, fazendo assim, ela identifica a psicologia como um ciência do espírito. Stein, ao analisar fenomenologicamente os atos que caracterizam o ser humano, procura inicialmente colocar entre parênteses o que a tradição havia ensinado, mas não negando esses valores. Ao indagar a essência das vivências do ser humano, constatou diferentes gêneros de experiências que dirigiam os aspectos distintos da pessoa: corporeidade, psique e espírito (STEIN, 1922/1999b; 1932-3/2000). Estas análises foram primeiramente feitas por Husserl e, depois, apropriadas por Stein e interpretadas por Ales Bello (2004; 2006; 2016). O conjunto destes aspectos presentes no indivíduo permitiu reconhecer que todo ser humano é microcosmo, no intuito de integrar os elementos estruturais típicos com os seres do reino animal e vegetal (STEIN, 1932-3/2000).

Stein (1922/1999b) adotou o termo “pessoa” a partir de seus estudos na filosofia medieval, sendo que todo conhecimento produzido nessa época era visto apenas como filosofia e teologia. Ela estudou São Tomás de Aquino e foi assim que chegou à filosofia aristotélica para compreender melhor a filosofia da natureza. Foi, ao estudar o ser humano, que estabeleceu uma relação entre a leitura aristotélico-tomista e a interpretação que os fenomenólogos Husserl e Conrad-Martius haviam proposto. Então, a análise de Stein discute os aspectos estruturais da constituição da pessoa humana: corporal, psíquica e espiritual; e nesta unidade, as dimensões são externamente independentes delas, e internamente completam-se num organismo que se ordena e subordina por uma natureza própria. Concluindo, a *alma humana* é o centro do ser que precisa de um tripé: espiritual, psíquica e física. Serão descritos separadamente esses elementos estruturais da pessoa humana.

Ales Bello (2006) explica o exemplo feito tantas vezes em sala de aula e em suas conferências sobre a estrutura do ser humano (corpo, psique e espírito). Ao segurar o copo de água afirma “se tenho sede posso beber esta água”, suscitando nos ouvintes o desejo de beber água. Aqui a autora traz o conceito de *vivência consciencial* de Stein, e pode-se observar isso aplicado à psicologia. Stein (1922/1999b) avalia o “eu puro” – como já discutido pelo seu mestre Husserl -, que dispensa uma existência real e concreta por ser algo que faz parte da estrutura do ser humano. Ela reconhece que, para além dessa consciência, apresenta uma vivência, ou seja, se tem vivência empírica, e também *vivência consciencial*. Ao experienciar algo dentro de si mesmo (copo), percebe sua vivência (*erlebnis*) diante desse objeto, a sua relação com a vontade, e se pode beber ou não a água da professora. O outro (aluno) mostra consciência disso, o que é diferente de apenas segurar um copo de água, pois a pessoa tem sensações, reações e o controle do porquê não irá à mesa pegar o copo de água da professora e beber.

Resultados e discussões

A análise fenomenológica se apoia na busca da compreensão das vivências pelos pacientes com câncer e os modos de enfrentamento da doença e dos tratamentos para chegar à essência dessas vivências, enquanto descrição que não para na fatualidade, mas que quer conhecer intuitiva e imediatamente esse dado essencial (vivências) na etapa em que o método fenomenológico chama de *redução eidética*. E é pela *redução transcendental* que, subjetivamente, a pesquisadora chega à experiência vivencial do sujeito do estudo, fazendo suas reflexões. Ales Bello (2016) explica, claramente, em seu livro “*Il senso dell’umano*” esse

processo analítico de Husserl, comparando-o com uma escavação: inicialmente é feito em nível da consciência, através da percepção e, também, em nível passivo (aquilo que já havia sido apreendido anteriormente) que pode ser objeto de uma “escavação”.

Corporeidade e causalidade psíquica

Stein (1922/1999b) fez investigações a respeito da consciência, vida psíquica, especialmente no que se refere o assunto da causalidade psíquica e motivação, porque considerou essas leis necessárias para a compreensão da *psique* e de sua unidade com o corpo e o espírito humano. A partir disso, pode-se questionar: como essas pessoas têm motivação que os impulsionam na busca da superação de um câncer? O que caracteriza essa luta pelo aumento da sobrevivência do câncer?

Stein (1932-3/2000) traz um conceito de pessoa tão atual e necessário nos dias de hoje, no âmbito da saúde, ao dizer que a pessoa humana é liberdade acompanhada da sua consciência (ou razão). Essa é a forma mais elevada à qual a pessoa pode chegar sendo protagonista de si mesma, governando a si mesma, ao se escutar interiormente, podendo, assim, à sua essência, ou seja, ao sentido para o qual foi feita.

As perdas que os pacientes relatam ao tomar consciência de sua história e ao olhar para o passado fazem com que percebam o quanto eram ativos, dinâmicos e autônomos antes do adoecimento. Às vezes, o que mais preocupa os pacientes não é a doença em si, mas os prejuízos causados em seu corpo no momento atual. Retomando a narrativa, os pacientes expressam toda a trajetória do impacto do diagnóstico da doença, dos tratamentos e dos efeitos colaterais no corpo: a dor, a queda dos cabelos (alopecia), a falta de apetite e seus pensamentos permeiam o medo, as preocupações e expectativas de vida. Eles vivenciam uma peregrinação, passando de ‘médico em médico’ até chegarem ao diagnóstico de câncer. Eles são conscientes do seu corpo e sentem que algo aconteceu e que precisam se tratar imediatamente.

Os pacientes, no geral, relatam de modo queixoso a perda da saúde e que, além desta, ocorrem perdas na vida pessoal e social. Já Jair (Nome fictício) acredita que doença veio pelo seu estilo de vida que teve, com o vício da bebida e do cigarro. Ele atribuiu também ter sido sempre uma pessoa pessimista para olhar a vida e enfrentá-la, o que pode ter proporcionado o surgimento do câncer. Ana explicou ter o câncer por apresentar certas características pessoais, como ser mais sensível, estar deprimida, ter síndrome do pânico e fazer tratamento psiquiátrico. Ela diz: “...falei para o Doutor que a depressão é sofrimento, desprezo, desamor, solidão. A depressão também mata.... Hoje estou bem. Eu fiquei 5 meses sem vontade de sair da cama. Eu queria que o mundo caísse. Eu “caí na real” e levantei depois que eu tive câncer...” (Ana).

Ontem peguei a escada e tentei subir para limpar os vidros. Hoje, eu estou deixando de lado de ter as coisas excessivamente limpas. Eu descobri que a gente tem limite. E isso a gente vai descobrindo a cada dia. Esse braço levanta, mas esse em que eu fiz a cirurgia (retirou uma mama) não levanta mais. Tudo é muito diferente. Mas, eu queria lavar meu vidro como eu lavava antes. Eu não posso fazer as coisas que fazia antes, mas eu estou criando galinha. Eu aprendi com a minha mãe a chocar (os ovos). E ela também fazia isso (Ana).

Ana reflete sobre suas limitações que vão permeando a vida afetiva e vão se dando conta de que precisam se adaptar à nova realidade que se impõe a eles. Nesse percurso se identifica uma série transformações de “atividades” (respiração, alimentação) que são meios

para alcançar os objetivos do processo vital. Porém, também se encontram “estados mutáveis” (saúde, doença, vigor, fraqueza) que testemunham a presença de uma *força vital* corpórea e psíquica que impulsiona a sobrevivência dos pacientes e que repercutirão de maneira positiva (otimismo e esperança) favorecendo o processo de desenvolvimento e as vivências presentes da pessoa em busca da sobrevivência (STEIN, 1932-3/2000). Então, a *força vital* é diferente em cada ser humano; somente conhecendo-o é possível arriscar alguma previsão, o que a princípio tem apenas um valor empírico. Stein (1999) afirma que não existe determinismo na vida psíquica. Apresenta uma causalidade aí, mas diferente da exata, característica do pensamento científico; é inadmissível qualquer determinação quantitativa dos estados psíquicos, porque está diante de estados qualitativos que favorecem reconhecer sua estrutura essencial.

Um ponto importante a ser considerado é que as dimensões do enfermo estão ligadas ao modo como a *força vital* dele condiciona a tensão das próprias vivências (STEIN, 1932-3/2000). Estes fatores externos (tratamento, quimioterapia, radioterapia e/ou cirurgia) influenciarão a vida psíquica, e estes também atuarão na atividade espiritual, exigindo maior esforço do *eu* frente a alguma situação específica, como, por exemplo, a busca da cura de uma doença grave, que vai exigir uma atenção vigilante na adesão ao adoecimento e tratamento.

As vivências de saúde e adoecimento apresentam seus diferentes gêneros, como por exemplo: receber o diagnóstico de um câncer. A pessoa poderia reagir negando a situação, o que demonstraria o desespero do paciente. Como é comum nessas situações dizerem: “sentença de morte”, desperta sentimentos de medo, angústia e dúvidas, e o segundo, poderia pensar na luta contra a doença e o tratamento (ALES BELLO, 2006, p.71). Esta segunda atitude de controle é de natureza espiritual ou racional, quando a pessoa manifesta um governo de si mesmo, mesmo em adoecimento e possibilidade de morte mostra força vital.

A vivência do passado também faz parte do *eu* que permanece no presente, e que possibilita ao homem perceber surgir uma nova vida em si a cada momento, pois carrega consigo uma história vivida e reelaborada em cada instante (STEIN, 1922/1999b). Todas estas vivências não eliminam a unidade do fluxo de vivências que se forma, se desenvolve em período de tempo determinado, não separadamente, mas um fluxo unitário de uma vivência pode desencadear o surgimento de outra em seguida. Cada vivência se liga a outra, numa sucessão de vivências. Pode-se dizer, então, que o “fluxo é uno porque provém de um *eu*” (STEIN, 1922/1999b, p.52). Deve-se fazer atenção que cada vivência da pessoa com câncer possui suas características e se distinguem: 1) como o conteúdo da experiência é recebida na consciência; 2) como a vivência deste conteúdo ou o modo como a consciência apreende ou capta esse conteúdo; 3) como a consciência desta vivência, seja ela de maior ou menor intensidade, sempre acompanha a vida no cotidiano e, por isso mesmo, pode ser chamada a própria vivência de consciência (STEIN, 1922/1999b).

Stein (1932-3/2000) ressalta que “a forma substancial é o princípio estrutural do indivíduo humano na sua completude e é única, se bem que pressuponha uma inteira série de substâncias como condições pela sua existência” (p.147). Tudo que pertence ao corpo vivente é, ao mesmo tempo, corpo e psíquico, nomeado pela autora de “alma inferior”, que é aquele da semelhança com os animais, cujas leis fundamentais são a suscetibilidade e reação instintiva, impulsos e a “alma superior” seria o lugar central e dominante onde se podem fazer reflexões, e tomar decisões⁴.

⁴ Um exemplo apresentado pela autora de um paciente em coma. Sabe-se que não existem impulsos de caráter psíquico ou espiritual ativos, nesse estado, mas, procura-se fazer algo para que este sujeito torne a ser o que é. Este tipo de caso não aparecerá em meu estudo.

A motivação

No geral, os pacientes com câncer manifestam a sua motivação através das dimensões psíquica e espiritual que vão se refletir nos seus atos vividos com liberdade e responsabilidade. Eles mostram atitudes positivas ao tentar minimizar circunstância de sofrimento e dor ocorridos pela doença e pelos tratamentos. A partir das ideias de Stein, o ser humano tem essas atitudes que ela considera como atos voluntários ou conscientes, aqueles atos de reflexões, atribuindo juízo de valor (seja positivo ou negativo) a cada ação vivida. No caso desta pesquisa, praticamente todos os pacientes entrevistados demonstraram motivação e uma grande desejo de viver intensamente o presente e a esperança de sobrevida.

Ales Bello (2006), interpretando Stein, afirma que através da dimensão psíquica partem as reações mais fortes e espontâneas (atos involuntários) de cada ser humano, que independem de cada pessoa, como os impulsos, os instintos, as energias e as reações (força vital corpórea e psíquica) do paciente na luta contra o câncer e busca captar o sentido disso através de um ato voluntário (força vital espiritual), isto é, poder realizar uma intervenção para conduzir esse impulso psicofísico. Na psique há um *eu* oculto, chamado esfera passiva; e sua lei é a causalidade.

A elucidação da dimensão psíquica é fundamental na Psicologia, pois é através desta que se pode fazer uma avaliação clínica da estrutura da pessoa, na sua singularidade, podendo também fazer uma descrição tipológica, por exemplo, se é extrovertido ou introvertido, humor alegre ou triste. É possível dizer que, nesta pesquisa, os pacientes se mostraram mais extrovertidos do que introvertidos e humor variou de acordo com o quadro de adoecimento, tratamentos e prognósticos deles. Eles uma ora manifestaram comportamentos impulsivos, com motivação de falar de si com certa angústia, incerteza e medo da morte e outra ora com otimismo, fé e esperança na luta pela qualidade de vida e sobrevida, mesmo na possibilidade da morte.

As falas dos pacientes mostraram reações impulsivas: alguns reagiam no primeiro instante com negação, medo frente ao desconhecido, ao novo, ao não desejar fazer a cirurgia quando se descobriam com o diagnóstico de uma patologia grave e crônica, mas depois refletiam sobre a circunstância e mostraram adesão aos tratamentos. Alguns diziam que dialogavam com a existência do Outro com o qual falavam na “alma da alma”. Eles sentiam uma força Superior – entendida por eles como sendo a força de Deus –, que falava dentro de si mesmo. Eles mostravam dar-se conta disso, da presença dEle e se viam frente à necessidade de tomada de decisões, pois imediatamente o que desejavam mesmo era ficar “bons”. Tentavam eliminar o “mal” (o câncer) a qualquer custo, e tomavam a coragem mais sensata que podiam: fazer imediatamente a cirurgia e/ou a quimioterapia e radioterapia concomitantemente para combater a doença maligna. Um paciente menciona:

Estou aceitando ela (doença), ela vai ser passageira... se Deus quiser, peço proteção para Nossa Senhora Aparecida e o Senhor Bom Jesus da Lapa de Jardinópolis... Deus quer que você seja humilde, ajude o outro. O mundo hoje não está mais assim, cada um olha para si mesmo. Pelo jeito que sou... eu tive um problema (câncer)... eu nunca desanimei, sempre toquei a “bola para frente”. Mudou, a vida muda... Você tem Deus no coração, rezo muito para Nossa Senhora dar bastante saúde. Ela sempre me protegeu na estrada. Trabalhei 20 anos como motorista (Pedro).

Essa busca interior de voltar para dentro de si mesmo, se olhar e fazer reflexão é universal, como foi dito anteriormente pelas filósofas Stein e Ales Bello – é para todas as pessoas –, não

ocorre apenas em uma situação de adoecimento ou na possibilidade da perda de um ente querido. Esta força vital parte do interior de cada pessoa, sendo ativada mediante um querer enfrentar e conduzir melhor a situação. Ao aceitar e vivenciar esse processo, o enfermo já se qualifica nos seus modos de ser e atribuir forma, que parte da constituição da pessoa, sendo esta forma que vai mostrar quem ele é. A presença da corporeidade própria apresenta-se à existência de uma vida interior, que motiva e governa o seu corpo, que pode tomá-lo como meio de expressão, de ação e de intervenção na realidade, possibilitando novos objetos intencionalmente (STEIN, 1932-3/2000). A autora identifica a corporeidade como “órgão da expressão” ou como “órgão da vontade” que constitui a unidade da pessoa com câncer.

Subjetividade: consciência intencional e vida afetiva

No geral, os pacientes apresentam uma rotina dura e dramática, vivenciam um tratamento doloroso e invasivo e procuram fazer um esforço para ter qualidade de vida. Pode-se dizer que eles apresentam um projeto existencial de vida, em um futuro muito próximo. Um paciente diz:

aumentou a minha aposentadoria. Eu mesmo construí uma casa de 12 metros, subi o alicerce e, só contratei pessoas para fazer o acabamento. O meu sonho foi também comprar uma casa na praia, e realizei o sonho. Eu quero ir fora de temporada. Quero alugar com a intenção de, pelo menos, poder pagar o condomínio (Pedro).

Poucos pacientes mencionaram o medo da morte e pareciam não desejar pensar e falar sobre isso. Eles, em alguns momentos, atribuem significados aos sentimentos vividos com tensão, angústia (de morte) e dor. Pesquisando, nós imaginávamos o que o outro sentia, e nos colocávamos com o enfermo naquele momento de modo empático e procurávamos acompanhar e estar com ele. Nesses casos, a pesquisadora pôde escutá-lo e intervir para saber como pensam, sentem e buscam recursos para lidar com a situação.

Ana, Abrãao, Edmar e Pedro expressam as suas preferências, suas necessidades e seus desejos de viver o tempo livre dos tratamentos com um certo grau de vitalidade que possuem. Assim, apresentam se sentirem “bem” e integrados socialmente no mundo da vida. Pode-se observar, nos discursos dos pacientes que estar doente mobilizou recursos internos, como coragem, esperança e força de vontade com que se empenham em relação ao tratamento para ficarem “curados”, mas eles mostram consciência de que não depende somente disso. Uma paciente relata o amor da neta que auxilia na superação da doença: “seria ver meus netos crescerem: de ver a minha neta caçula, e de ver a outra crescer. A caçula me ama. Eu chego na casa dela, ela vem logo para o meu colo. É tudo isso que dá força para gente” (Ana).

Quando Husserl (1954/2012) fala deste “eu psicológico” ele se refere à individualidade do eu como “homem real” que também apresenta um “eu puro” nas suas características diferentes, que seria parte da estrutura universal do ser humano. O objetivo da análise das vivências é compreender como uma pessoa experiencia a luta contra o câncer, na sua constituição essencial de ser humano, ou seja, apreender o que é essencial em cada vivência. O que se experimenta, vive-se em atos: de ver, tocar, ouvir, refletir, imaginar e recordar. Isso se chama o primeiro nível da consciência, que são os atos perceptivos, e um segundo nível de consciência que é o nível dos atos reflexivos. A qualidade desses atos, quando analisados, remete à corporeidade, à psique e ao espírito. Por intermédio do caminho da

análise dos atos vividos (registrados na consciência), é possível explicitar que o ser humano é constituído de três dimensões dinamicamente entrelaçadas: material, psíquica e espiritual (ALES BELLO, 2004, 2006). Além das sensações e reações psicológicas, os pacientes partiam das suas capacidades intelectuais como possibilidades de acessar seus valores morais no comportamento (*força vital espiritual*), por exemplo, como administrar e controlar a vida com o câncer (ato voluntário). Stein (1999) afirma que nem sempre e nem todas as pessoas ativam o aspecto espiritual, sendo que este é o fundamento da vida moral. Entretanto, é importante saber que todas as pessoas têm o potencial para desenvolvê-lo e atualizá-lo. É necessário ter disponibilidade, esforço e estar motivado (vontade) para fazê-lo.

O ser humano vivencia a existência e a humanidade no outro e em si mesmo. De tudo que o ser humano participa, faz experiência de si. Quer se trate no mundo interior ou no mundo exterior, o homem sempre procura algo que dê sentido e transcende a si mesmo, a qual ele e tudo isto que existe depende. Pode-se compreender os discursos dos pacientes, uma vez que eles dão-se conta da realidade que se impõe e refletem sobre o que passaram, não como passado, mas algo presente, marcado na vida afetiva, a vida antes e após o tratamento (história de vida), experiência do que puderam apreender ao longo de suas vidas, como bagagem, e instrumentos/recursos, mencionado por Edith Stein por síntese passiva (aquilo que havia apreendido anteriormente na vida faz parte da experiência da pessoa no presente) o que carregam consigo aonde quer que vão. Às vezes, no caminho, sentem a necessidade de utilizar algo para o seu bem ou para o bem de uma outra pessoa.

Stein (1922/1999b) expressa, também, que nenhuma pessoa é carente de valores. Cada ser humano não vive sem valores, como mostram os pacientes com câncer a busca e a transformação de valores, por exemplo: o valor da vida, o valor da saúde, o valor da família, valorizam as vivências da memória (lembranças, saudades das pessoas que se foram), da imaginação, da afetividade, ou seja, remetem a valores que se formaram neles. Pelas ideias da autora, é possível compreender as vivências do passado de Ana, assim como de Letícia, de Jair que percebem que se tornam mais si mesmos, após vivenciarem o câncer e se lançarem para a vida. Desse modo, sentem surgir uma nova vida em cada momento, pois carregam consigo uma história vivida, refletida, reelaborada e que pode ganhar novo sentido em cada instante. Portanto, o paciente, mesmo diante de sua fragilidade, pôde perceber grandeza e enriquecimento na sua vida, mesmo vivendo uma situação-limite e um paradoxo existencial diante do câncer: a vida e a morte. Essa pessoa em adoecimento não se fixou na sua dor; mostrou abertura para entrar em sua vida - a transcendência.

Em cada pessoa, a psique se mostra com certas qualidades específicas, e o psicólogo precisa conhecer e identificar, através das vivências da pessoa, como esta psique está estruturada. A autora tipifica ou subdivide as pessoas como sensíveis (com visão ou audição apurada) e espirituais (com uma inteligência bem desenvolvida ou uma força de vontade persistente). Deste modo, pode-se identificar o caráter da pessoa e de seu "tipo", o que possibilita descrever o caráter de uma pessoa, que não é apenas saber se ela é capaz de responder e se adaptar às normas sociais e éticas, mas também à forma como está diante do mundo dos valores (estéticos, éticos, religiosos) e como responde a eles. O que conta aqui é o relacionamento da pessoa com a sua realidade, e a capacidade de identificar o significado valorativo objetivo que lhe permite conhecer verdadeiramente alguém, observando-o em ação.

A maioria dos pacientes relembra que, certos comportamentos, como o vício de beber e fumar, podem ter contribuído para o desenvolvimento do câncer (no pulmão). Após a

doença e as suas repercussões, os pacientes trazem algumas reflexões e apresentam o desejo de mudar o estilo de vida. Alguns até relatam o exercício de certas atitudes saudáveis e de valores como, por exemplo: de estar mais tempo com a família e inibir os comportamentos que desejam excluir (por exemplo, deixar os vícios). Stein (1999) chama de processo de autoformação quando as virtudes e os vícios vão fazendo parte do caráter da pessoa e atuarão no modo desta (pessoa) se posicionar diante da realidade que se apresenta.

Sintetizando, Stein (1922/1999b) descreve que a psique é apreendida estruturalmente e unida e alterada pelo espírito. É identificada com a atividade do *eu* que atualiza as capacidades ao se voltar para os objetos interiores, constituídos a partir das vivências da pessoa, através da apreensão, da elaboração de significados e do posicionamento livre desta pessoa acerca das experiências ou dos objetos externos do mundo cultural ou natural. Então, as vivências da psique são simultaneamente influenciadas pela vida espiritual que capta o significado apreendido pela corporeidade, pelo estado vital, pela intensidade da força vital sensível e pela tensão da pessoa (que apreende os objetos e se posiciona voluntariamente frente a eles). Como se pode ver aqui, tanto a força vital sensível como a força vital espiritual se apresentam simultaneamente na experiência dos pacientes, de um modo consciente, e mesmo diante de uma situação-limite se pode alargar o horizonte existencial, proporcionar possibilidades para uma decisão e revigorar-se em relação às atividades propostas ou outras vivências.

Stein (xxxx/2001) ainda refere que “o âmbito autêntico do caráter é aquele da vida afetiva e da vontade. O caráter é a capacidade de sentir e o impulso com o qual este sentir se transforma em vontade e ação” (p.175). Diante disso, a pessoa pode apreender, frente aos estímulos que a realidade lhe apresenta, de modo adequado ou não, o significado revelado, apresentando uma reação correspondente a este significado (STEIN, 1922/1999b).

Ales Bello (2007) define claramente estas dimensões configurando-lhes uma unidade, traz o reconhecimento do outro e de si mesmo: a percepção diz que se tem uma dimensão corporal; as tensões, as emoções, as reações de atração e repulsa falam que existe uma dimensão psíquica; e a terceira dimensão espiritual se refere os atos de vontade, as tomadas de posição conscientes, as avaliações ulteriores, qualitativamente diferentes das duas primeiras (dimensão psíquica e corporal), que se definem como espírito.

As ligações intersubjetivas (família, amigos, profissionais de saúde, comunidade): da empatia à solidariedade

No geral, os pacientes remetiam-se às suas relações estreitas com os familiares e demonstravam desejo de serem “abraçados” (acolhidos) pela pesquisadora. Ao perceber isso, a pesquisadora mostrava uma escuta atenta e empática e procurava trazer o foco da entrevista para o ponto central do estudo. Pode-se dizer que estes pacientes vivenciavam sentimento de ansiedade, sendo que ela poderia ter sido aflorada no momento da descoberta da patologia (câncer).

A maior parte dos pacientes relata que fazer parte de redes sociais, principalmente da família, é algo positivo que ajuda a enfrentar melhor a situação de adoecimento. Os pacientes mostram suas atitudes nos vínculos familiares e nos outros grupos sociais. Stein (1922/1999b) considera a família como a primeira das comunidades e a mais significativa na ligação afetiva. Depois vem a comunidade de amigos, a comunidade religiosa, a comunidade de povos, de conhecidos, pois é através de cada uma destas que os pacientes se relacionam

para se tornarem mais si mesmos em cada instante. O enfermo, ao vivenciar este processo de tratamentos, estará sempre se atualizando, elaborando pensamentos, sentimentos e experiências em relação às diferentes comunidades⁵ com que se relaciona.

Ales Bello (2007) comenta que nenhuma família humana é capaz de realizar completamente um ideal de família. Cada uma apresenta suas limitações e falhas que carrega consigo juntamente com os aspectos positivos e as dificuldades na concretização de relacionamento em relação à existência do outro. Ana procura transmitir valores para os filhos e o cônjuge, como fazer memória de entes queridos que partiram desta vida, ou seja, ela mostra a saudade de um bem ausente que se foi, mas que se faz presente na afeição de certas pessoas que foram significativas na vida passada.

Ao abordar a dimensão espiritual, seria quando o paciente com câncer na sua liberdade escolhe e toma posição consciente numa direção ou numa outra. Ales Bello (2007) refere que o *amor* para Stein só é considerado um fato espiritual (valor) quando se é aberto ao outro, desejando (a esse outro) o desenvolvimento e crescimento de suas capacidades, enfim, o seu bem-estar em todos os âmbitos. A autora ainda coloca que, para fazer isso deve ter um querer e a própria vontade pode ser compreendida como exercício das capacidades humanas de propiciar novas situações. Isso é um ato espiritual que manifesta a liberdade da pessoa.

A maioria dos pacientes mostra sentimentos de união e amor, na comunidade familiar e, juntos, mantêm um espírito de cooperação, solidariedade e apoio, podendo favorecer melhor qualidade de vida com esses recursos de enfrentamento do drama vivido. Pode-se perceber que eles não expressam diretamente a palavra amor, mas esta parece estar escondida nos gestos de humanidade deles para o outro, como, por exemplo: a atenção, o respeito e o carinho manifestos em relação aos seus familiares. Também se encontra, nos discursos de alguns pacientes, uma certa desorganização familiar, ou seja, conflitos na relação entre o marido e a mulher, a mãe e a filha, o que dificulta lidar com a situação. Um exemplo disso mostram desavenças familiares, como com Ana, Abraão e João podem-se observar atitudes, às vezes ásperas, ao mencionar um outro membro da família de um modo negativo e prejudicial para o seu relacionamento, quando deveria procurar viver visando o *bem* do outro, principalmente pela tensão por existir um membro dentro da família que está com uma doença grave. Alguns discursos Ana e Abraão se enquadram naquilo que foi descrito por Stein como "*pecado original*", quer dizer, um querer dominar o outro na relação. Há o caso da mãe (Ana) com a filha, que demonstrou reações instintivas com a mãe (doente de câncer), ou seja, uma falta de respeito. Aqui se percebe um conceito "*contágio*" visto por Stein (1922/1999b), que é um ato de ser influenciado repetindo o comportamento sem ter apreendido o sentido que motivou o comportamento. Diante do gesto da filha com a mãe, o que parece ocorrer é a filha se aproveitar da "*fragilidade*" da mãe, devido aos seus interesses pessoais. Um exemplo claro disso é a filha negociar financeiramente com a mãe, ao ajudá-la na organização das atividades diárias. Nesse aspecto, a situação de família não é de *comunidade*, pois não apresenta uma vida em comum (que abrange a educação dos filhos) e não possibilita a realização dos membros, sendo que cada um vive de modo individual e voltado para suas próprias finalidades egoísticas.

⁵ Ales Bello (2006), interpretando Stein, afirma que só seria comunidade quando as pessoas de dentro se respeitam, apresentam uma vida em comum, comunidade é "a união de pessoas consideradas singularmente, de modo que o contexto relacional possibilita sua realização" (p.73).

Uma outra situação é a de João quando reconta uma situação vivida com a esposa. Ele expressa com tom irônico e com autoritarismo que a esposa deveria ficar “calada” e, não deveria ter dito ao médico que ele estava consumindo bebida alcoólica. Aqui se pode compreender que a esposa agiu com juízo de valor, a sua atitude serviu para fazer o *bem* para o seu marido (paciente), mas este não se mostrou aberto para aceitar a sugestão, o que poderia ter-lhe propiciado maior crescimento pessoal. O gesto da cônjuge sinalizou amor, valor, cuidado, preocupação com o outro, mas parece que feriu a masculinidade do marido, que se recusou em aceitar o conselho recebido da mulher. Mostrou certa arrogância masculina, subestimando a mulher na sua autoridade e valor humano.

A maioria dos pacientes menciona o apoio de amigos, fazer parte de redes sociais que contribuem para eles lidarem com a situação. João, Paulo e Pedro mostram ser importante partilhar a vida, suas angústias, com amigos, com pessoas de referência de comunidade religiosa e de outros lugares, como vizinhos, e com as pessoas do ambiente hospitalar como um gesto de atenção, cuidado e orientações delas. Estes costumam expressar algumas palavras de conforto, como por exemplo: “tenha paciência, e se for preciso fazer o tratamento que será para o bem”. Pode-se também observar nos discursos de João, Paulo e Pedro solidariedade, apoio e compreensão para com os outros pacientes em tratamento. Já para Letícia, João e Paulo não foram positivos os diálogos com os outros pacientes, fazendo com que tivessem mais medo e dúvidas ao receber muitas informações das experiências vividas desses outros pacientes em tratamento na sala de espera.

Os pacientes procuram também compartilhar as suas experiências com outros pacientes enfermos de modo a ajudá-los, bem como em transmitir a eles suas “informações” (conhecimentos) sobre determinadas situações, pelas quais já passaram, ao colega que vai iniciar a quimioterapia ou a radioterapia.

Para Stein (1922/1999b), como já foi dito anteriormente, o psíquico é o lugar dos impulsos, das pulsões, que serão elaborados e organizados pela dimensão espiritual em processos vividos pela pessoa e pela comunidade, sendo que esta também ajuda na formação pessoal. Cada um se constrói por meio do enfrentamento das diversidades que vêm ao encontro de si e, dialogando com cada experiência vivida, está se utilizando das atividades espirituais (inteligência, vontade, ação). É importante o relacionamento da pessoa com a sua realidade, pela sua capacidade de identificar o significado dos valores objetivos e transmiti-los ao seu mundo cultural, na sua tomada de posição referente aos outros em relação a si, nutrindo todo o dinamismo vivencial das pessoas através de seus propósitos, dos seus atos livres. Por meio disso, é possível conhecer verdadeiramente alguém (observar a si e o outro em ação).

Para Ales Bello (2007), as pessoas são seres de movimentos, de relações sociais e o núcleo delas é imutável, mas impõe a sua própria evolução no seu percurso vivido. Ao se relacionar com outra pessoa, inicia-se uma observação exterior, porém esta não é uma experiência de base e se funde com a percepção da sua interioridade, quer dizer, a pessoa ao se colocar consciente do seu eu, não somente corpo vivente, meio de seu aprimoramento, mas ao vivenciar a totalidade do seu eu corpóreo-psíquico-espiritual, ela pode viver o seu centro, desenvolvendo sua personalidade e assumindo uma existência autêntica.

Com referência ao suporte que recebem dos profissionais, alguns compartilham seus anseios e sentem-se apoiados no relacionamento com os médicos, com a enfermagem e com a psicóloga. Stein (1932-3/2000) ressalta que as pessoas devem procurar comunidades e/ou pessoas de sustentação. Então, os resultados da pesquisa mostram o quanto é importante

para os pacientes com câncer, assim como para os seus familiares, que tenham alguém de referência além de si, para que possam se abrir, serem escutadas e se escutarem ao falarem sobre o que pensam e sentem sobre as suas experiências vividas com a doença permeadas pelo sofrimento.

Considerações finais

Uma doença grave como o câncer leva ao sofrimento, dor e tristeza que são sentimentos inerentes à condição humana e que atingem o homem através das adversidades e circunstâncias da sua existência. A partir desses sentimentos, pode nascer o desejo de o homem questionar o seu ser, a sua essência e, como ser transcendente, poder se lançar para além dos obstáculos, dos desafios e das perdas que o ameaçam. Ao tomar consciência de tais sentimentos, pode-se descobrir o sentido de cada acontecimento e, assim, realizar o enfrentamento da totalidade dos fatores presentes na sua realidade. Isto ocorre pela motivação e necessidade da força vital espiritual de cada um de sobrevivência.

Nesta perspectiva, em geral, os pacientes ao vivenciarem sua unidade corpórea e psique, parte do espírito, ou seja, parte da “consciência” que para Stein “é a luz interior que acompanha a nossa experiência” e orienta o caminho vivido deles. Eles sentem em sua interioridade a motivação e o sentido de vida que os impulsionam na luta contra o câncer. Aí é o momento em que eles podem atribuir juízo, decidir o que fazer, com liberdade e responsabilidade. Segundo Ales Bello (2007), a moral é ligada a toda ação da pessoa com câncer, dando sentido a cada instante vivido. E como se pode fazer isso? Como se pode compreender o que acontece dentro do mundo deles? A pesquisadora buscou, por meio da escuta atenta e empática, olhar com positividade e compreender o sentido do que está sendo presentificado e o que era provocado em si mesma. A realidade interior manifesta a complexidade de sua constituição como seres humanos. Pode-se perguntar: *por que os doentes graves normalmente buscam fazer as perguntas essenciais: quem sou eu? Qual é o sentido da minha vida?* Estas indagações servem para fazer a mediação entre ele e o outro para se conhecer, principalmente em condição de doença, ao responder à provocação pessoal que a vida lhe faz, no próprio eu ou na comunidade. Pois, no fundo se tem a resposta, ao se relacionar com o Outro Ser (Deus) dentro de si e escutar em silêncio o que este lhe dirá o que é melhor para si mesmo em cada circunstância vivida.

Concordo com Stein e Ales Bello quando afirmam que nenhuma situação é privada de significado, mesmo as mais adversas, caso contrário pode levar o homem ao vazio existencial, quer dizer, viver uma vida sem um sentido, sem uma meta. Isto significa que, ao aceitar viver os sentimentos negativos (sofrimento, culpa e morte), podem ser transformados em uma conquista, assumindo uma atitude adequada à situação. A religiosidade faz parte da experiência subjetiva e, ao fazer um mergulho em si mesmo, na realidade se vive a totalidade, podendo estar ou não ligada às religiões institucionalizadas. Nesse movimento da busca de sentido, o homem, muitas vezes, encontra expressão na espiritualidade, podendo compartilhar os valores apreendidos com outras pessoas.

No geral, todos os pacientes com câncer mostraram motivação ao manifestar o desejo de ser curado, o que levou na transformação de valores e atitudes. Seria preocupante se o enfermo tivesse uma vontade negativa, de não desejar ser curado. Todos mostraram sua dimensão espiritual que parece implicar nos seus atos vividos na existência. Eles

manifestaram sentimentos impregnados de expressões que confluem para criar um certo tipo de motivação (racional), de decisão de querer viver (no presente), e mostraram desejos de fazer qualquer coisa que seja necessário para isso. Apropriamo-nos dos pensamentos de Stein (1922/1999b) que menciona que as reações psicológicas diante de um acontecimento (adoecimento) dependem de como foram vividas anteriormente outras circunstâncias difíceis e dramáticas. Por intermédio da síntese passiva a pessoa pode vivenciar melhor seus recursos diante de uma situação-limite (ALES BELLO, 2006). Esta é uma ferramenta essencial, quando a pessoa recupera na sua consciência variadas experiências, através da percepção, da recordação, da imaginação, da memória, e a realiza de maneira passiva; ela faz uma “escavação” como dizia Husserl, quer dizer, passa da superfície ao profundo daquela ‘coisa’ que pretende refletir.

Sabemos que o processo vivido pelos pacientes com câncer e por sua família não é nada fácil, mas ao experienciar a dor e sofrimento, parece surgir um enriquecimento pessoal para todos os envolvidos. Resumindo, a experiência deles reafirma a importância e o valor do apoio familiar, principalmente quando o paciente refere à mulher que adoece e precisa fazer um rearranjo na organização das atividades diárias, e precisa contar com a participação dos membros da família. Ales Bello (2006), interpretando Stein, traz que a família é a primeira das comunidades e a mais significativa na ligação afetiva onde se iniciam os primeiros vínculos essenciais na formação pessoal.⁶ Esses pacientes expressaram elaboração de sentimentos e experiências em relação às diferentes pessoas de suas comunidades com as quais têm mais proximidade e afeto.

Desse modo, pude escutar e testemunhar que quando os pacientes com câncer sentem o amor transmitido pelas pessoas através das diferentes comunidades, dos amigos, das pessoas do hospital, profissionais de saúde se sentem apoiados e fortalecidos para enfrentarem a sua dor e agonia de uma maneira mais humana e digna. Stein descreve os três atos de fé vividos que são: amor (sentir), conhecimento (pensar) e ação (fazer) que fazem parte dessa dimensão espiritual, se concretizam na harmonia da vida moral e se realizam nas relações interpessoais na comunidade. Salienta-se o quanto é importante o paciente não caminhar sozinho, mas tenha alguém que o sustente, seja alguém da equipe e/ou pessoa de referência da família, de amigos e de outras comunidades.

Espera-se que, com este estudo, possa ter despertado o interesse dos profissionais de saúde e pesquisadores, para refletir na compreensão de quem é o ser humano com quem se trabalha, principalmente o psicólogo que, ao olhar para si mesmo, reconheça suas possibilidades e possa enxergar seu paciente e ajudá-lo a compreender as suas experiências na vida. Deve-se procurar fazê-lo sentir melhor consigo mesmo, como exemplo, *como ele sente o adoecimento dentro de si? Como ele se vê e renasce cotidianamente para enfrentar o câncer?* Sabe-se que, muitas vezes, a preocupação médica (ou da equipe) é apenas curar (o câncer), e não olhar para o trauma inicial do diagnóstico recebido que, depois mesmo curado, muitos remetem ainda o câncer e a morte dentro de si. Assim, o profissional estará vivendo espiritualmente com esse paciente, quando está relacionando de um modo humano e autêntico, seja oferecendo uma simples palavra ou um gesto de consolo e conforto para a alma de uma pessoa que sofre. Pois, mesmo diante de olhar o seu limite, há a possibilidade de ser solidário com o paciente doente, e no profundo de si espera e suscita uma grande

⁶ Para filósofa, só seria comunidade quando as pessoas de dentro se respeitam, apresentam uma vida em comum.

“questão” proposta por Edith Stein “*Quem sou eu*”? Partindo da experiência como psicóloga, é preciso ajudar o paciente a reconhecer sua dimensão espiritual, ajudá-lo a compreender a experiência do sentido pode contribuir para o enfrentamento da dor e do adoecimento.

REFERÊNCIAS

ALES BELLO, A. **A Fenomenologia do ser humano**: traços de uma filosofia no feminino. Tradução Antônio Angonese. Bauru: EDUSC, 2000.

_____. **Fenomenologia e ciências humanas**: psicologia, história e religião. Tradução Miguel Mahfoud, Marina Massimi. Bauru: EDUSC, 2004.

_____. **Edmund Husserl. Pensare Dio - Credere in Dio**. Padova: Edizioni Messaggero, 2005.

_____. **Introdução à fenomenologia**. Tradução Jacinta Turolo Garcia, Miguel Mahfoud. Bauru: EDUSC, 2006.

_____. Família e intersubjetividade. In: CARVALHO, A. M. A.; Moreira, L. V. C. **Família, subjetividade, vínculos**. São Paulo: Paulinas, 2007.

_____. **Il senso dell’umano: tra fenomenologia, psicologia psicopatologia**. Roma: Lit Edizioni Srl, 2016.

AMATUZZI, M. M. Psicologia fenomenológica: uma aproximação teórica humanista. **Estudos de Psicologia**. v. 26, n. 1, p. 93-100, 2009.

ASHTON-PROLLA, P. (Orgs.). **Genética molecular do câncer**. São Paulo: MGS Produção Editorial, 2002.

CARVALHO, M. M. M. J. de. **Resgatando o viver**. São Paulo: Summus, 1998. cap. 3, p. 232-246.

_____. Cuidados com o cuidador. **O mundo da Saúde**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 138-146, jan./mar, 2003.

CORREIA, E. S. **Câncer**: entre o sofrimento físico e emocional a importância de uma assistência psicológica. Recife: Bagaço, 2000.

COSTA, C. Il dolore “espulso” nell’età adulta. In: CROCETTI, G.; TAVELLA, S. (Orgs.). **Nel dolore la vita**. Troina: Città Aperta, 2008. p. 213-217.

ESPÍNDULA, J. A. **O significado da religiosidade para pacientes com câncer e profissionais de saúde**. Tese de doutorado – Universidade de São Paulo (USP). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, SP, 2009.

ESPÍNDULA, J. A.; VALLE, E. R. M. do; ALES BELLO, A. Religião e espiritualidade: um olhar de profissionais de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.18, n.6, nov/dez, 2010. www.eerp.usp.br/rlae

FRANCO, M. H. P.; KOVÁCS, M. J. Pesquisa em psico-oncologia. In: CARVALHO, Vicente Augusto et al (ORG). **Temas em psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008. 590p.

GIMENES, M. G. A pesquisa de enfrentamento na prática psico-oncológica. In: CARVALHO, M. M. M. J. de. **Resgatando o viver**. São Paulo: Summus, cap. 3, p. 232-246, 1998.

HUSSERL, E. **Investigações lógicas**: sexta investigação: elementos de uma elucidação fenomenológica do conhecimento. Tradução Z. Loparic. São Paulo: Nova Cultural, 1991. (Coleção os pensadores).

HUSSERL, E. **Investigações Lógicas – Segundo Volume, Parte I: Investigações para a Fenomenologia e a Teoria do Conhecimento**. Lisboa: Phainomenon (Original de 1900-1901), 2007.

KOVÁCS, M. J. **Educação para morte**: desafio na formação de profissionais de saúde e educação. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER E MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Estimativa do câncer para 2014**. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site+/home+/noticias/2013/inca_ministerio_saude_apresentam_estimativas_cancer_2014>. Acesso em: 12 dez. 2015.

MELO, C. B. História da Psicologia e a inserção do psicólogo no hospital. In: SANTOS, Liliâne Cristina; MIRANDA, Eunice Moreira Fernandes; NOGUEIRA, Eder Luiz (ORG). **Psicologia, Saúde e Hospital: contribuições para a prática profissional**. Belo Horizonte: Ed. Artesã, 2015.

NEME, C. M. B. Psico-oncologia: caminhos , resultados e desafios da prática. In: NEME, C. M. B. **Psico-oncologia: caminhos e perspectivas**. São Paulo: Summus, v. Parte I, 2008. p. 19-58.

PERDICARIS, A. A. M.; SILVA, M. J. P. A comunicação essencial em psico-oncologia. . In: CARVALHO, Vicente Augusto et al (ORG). **Temas em psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008. 403-413p.

SANTOS, M. P. G.; NEVES, P. T.; LINHARES, T. de D. C. O trabalho do psicólogo na unidade de clínica médica: atuação possibilidade e desafios. In: SANTOS, Liliâne Cristina et al (ORG.) **Psicologia, Saúde e Hospital: contribuições para a prática profissional**. Belo Horizonte: Artesã, 2015

_____. **Psicologia e scienza dello spirito**: contributi per una fondazione filosofica.. Tradução Ana Maria Pezzella. 2 ed. Roma: Città Nuova, 1999b. (Original publicado em 1922).

_____. **Il problema dell' empatia**. (Tradução E. Constantini & E. Schulze-Constantini. 2 ed. Roma: Studium, 1998. (Original publicado em 1917).

_____. **La struttura della persona humana**. Tradução di D' Ambra. Roma: Città Nuova, 2000b. (Original de 1922-23, publicação em 1994).

VALLE, E. R. M. Psico-oncologia pediátrica: fé e esperança como recursos existenciais. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. **Vanguarda em psicoterapia fenomenológica**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004. p.27-40.

YAMAGUCHI, N. H. O câncer na visão da oncologia. In: CARVALHO, M. M. M. J. **Introdução à psiconcologia**. São Paulo: Livro Pleno, 1994. cap. 1, p. 21-32.

10. O SIGNIFICADO DA VIVÊNCIA DE PACIENTES COM CEFALEIA TIPO TENSIONAL CRÔNICA EM TRATAMENTO OSTEOPÁTICO

Thales Frederico Ribeiro Fonseca
Joelma Ana Gutiérrez Espíndula

Introdução

A partir da experiência pessoal como profissional na prática fisioterapêutica da Osteopatia em Boa Vista-RR vivenciando casos de Cefaleia em consultório desde 2007, foi possível observar com significativa frequência a ocorrência do subtipo “Tensional Crônica” nos casos de pacientes atendidos com cefaleia em um hospital estadual. Foi possível perceber nesta vivência que estas pessoas muitas vezes descreviam intensa dor de cabeça que evoluía para náusea e fotofobia, além de dor à palpação manual, principalmente na base da nuca. Em suas vivências pessoais frente a esta doença estas pessoas descreviam o que discutiremos neste capítulo, suas dores, sofrimento e relação com a medicalização. As relações interpessoais e como percebiam a rede de apoio, família e os aspectos sobre suas limitações de produtividade no trabalho foram aspectos citados com frequência. Motivado por esta experiência frente a pessoas em suas vivências e percepções, desenvolvi minha pesquisa e dissertação de mestrado pela Universidade Federal de Roraima, oportunizando o tratamento fisioterapêutico osteopático em uma unidade de saúde da rede pública estadual. Desta forma estas pessoas poderiam julgar e escolher qual tratamento gostariam de acolher em benefício de sua saúde, já que neste tempo do ano de 2012 não havia tratamento especializado na rede pública, apenas o medicamentoso, e a partir desta escolha busquei colher a experiência destas pessoas logo após o atendimento osteopático inicial. Os dados utilizados para o desenvolvimento deste capítulo derivam de investigação qualitativa exploratória descritiva com o uso de entrevistas abertas, pois elas proporcionam uma ampla compreensão da subjetividade dos oito participantes, na faixa etária de 20 a 50 anos, que receberam diagnóstico de CTTC pela equipe médica de Neurologia Clínica do Hospital Coronel Mota (HCM), cuja queixa de dor de cabeça foi critério para avaliação Osteopática realizada pelo fisioterapeuta. A aproximação com os participantes ocorreu neste mesmo hospital, em uma sala de fisioterapia, no período de novembro de 2012 a fevereiro de 2013. O HCM é um hospital da rede de Saúde Estadual do Governo de Roraima. Nesta proposição, dentro da prática fisioterapêutica surgiram alguns temas que deram origem às perguntas norteadoras realizadas neste estudo, e que serão respondidas no decorrer deste capítulo, elas são:

- Qual o significado da vivência dos pacientes com CTTC frente ao tratamento osteopático?
- Quais os fatores que podem levar o paciente a escolher o tratamento osteopático para a CTTC?
- Qual a percepção do paciente com CTTC antes e logo após o tratamento osteopático?

Investigou-se sobre os elementos subjetivos da vivência, como instrumento facilitador na relação entre fisioterapeuta e paciente, aceitação e aplicação de modelos de tratamento, bem como os resultados do trabalho, quando este se faz multidisciplinar, para lidar com os aspectos psicossociais apresentados. Adotou-se o modelo orientado pela perspectiva

fenomenológica apoiado em Husserl e seguido por Edith Stein, interpretada por Bello, para tratar da metodologia e dos resultados da pesquisa, considerando como fenômeno a CTTC na vivência dos pacientes em sua totalidade física, psíquica e espiritual, pois se mostra adequado à reflexão sobre as temáticas envolvendo os sujeitos, a doença, vivências e percepções em relação ao atendimento terapêutico. Esta perspectiva permite olhar o corpo vivo do paciente sem separá-lo da psique. Torna-se importante entender como se constitui o fenômeno especificamente da corporeidade na vivência dos pacientes com CTTC. Ao se apreender este fenômeno pode-se compreender os aspectos que caracterizam a doença e a assistência terapêutica médica e osteopática, o modo como o participante percebe sua vida e seu corpo, aspectos psicossociais, econômicos, e o significado dado subjetivamente ao atendimento terapêutico vivenciado. O corpo para fenomenologia não é apenas material, ou partes acometidas pelo adoecimento, mas uma corporeidade viva, singular, única e irrepetível, sendo compreendida através de seus atos e valores vividos. Aqui o corpo não se separa da psique, pois esta se desvela no corpo. Esta análise é, portanto, possível porque o ser humano se apropria da percepção do seu corpo no espaço e no mundo da vida, para avaliar e refletir o que viveu e o que se dá na imanência da consciência. E é nesse espaço da intencionalidade que apreendemos os significados das vivências em confronto com o real. O método fenomenológico apoiado em Husserl e seguido por Edith Stein e interpretada por Bello é fundamentada no mundo vivido pela pessoa, e o que interessa é a compreensão das significações essenciais, ou seja, ato intencional que atribui sentido as coisas.

A pesquisa que é apresentada neste capítulo foi aprovada e emitida pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Roraima, tendo anuência dos termos de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), CAAE 03933312.9.0000.5302, em atenção à Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CONEP). É **importante** salientar que a participação do sujeito nesta pesquisa não envolveu riscos a sua integridade física e nem moral, não havendo ônus ao participante. Inicialmente os sujeitos que passaram por avaliação médica foram convidados a participar do estudo realizado no mesmo local, ocasião em que foram informados sobre o objetivo e justificativa deste estudo devendo optar apenas pelo tratamento farmacológico, ou apenas pelo tratamento osteopático, ou ambos, nesta hipótese iniciando pelo farmacológico. Foi solicitado assinar o TCLE após consentimento em participar do estudo.

O instrumento da pesquisa foi a entrevista fenomenológica aberta individual (AMATUZZI, 2004; BELLO, 2006; FORGHIERI, 1993; RANIERI, BARRERA, 2012) em que o pesquisador procurou por meio da intersubjetividade desvelar o sentido do estudo para o sujeito. Ela se dá nesse encontro entre este indivíduo que sabe alguma coisa e vai descrevê-la ao pesquisador que deseja conhecê-la, e que permite partilhar compreensões, interpretações e comunicações.

A entrevista foi realizada em dois momentos: a primeira entrevista ocorreu antes, e a segunda logo após avaliação e intervenção osteopática conforme protocolo proposto por Loza (2004). A contribuição de Loza (2000) para a formulação deste protocolo, ocorreu quando realizou tratamento osteopático em 74 pacientes, classificando os resultados como muito bons em 94,11% nos casos de cefaleias. O primeiro momento da entrevista foi iniciado pelas seguintes questões norteadoras: “Qual a percepção para o(a) senhor(a) da cefaleia antes do tratamento escolhido?” conte-me como foi para o(a) senhor(a) os motivos da escolha do tratamento ao qual deseja ser submetido?” O segundo momento da

entrevista foi feita após o tratamento com a seguinte questão norteadora “conte-me como foi para o(a) senhor(a) a experiência com o tratamento escolhido para lidar com sua dor de cabeça?” Nesta relação intersubjetiva foram também formuladas questões necessárias para aprofundar a temática no momento da entrevista. Os pacientes puderam falar no seu tempo, expondo suas experiências livremente. Quando necessário, para responder as questões do estudo foram feitas intervenções de acolhimento, e reflexões dos sentimentos expressos pelos participantes.

Em cada entrevista foi solicitada a permissão do uso de gravador digital, para registro das entrevistas e transcrição delas para o computador, evitando a perda das expressões não verbais dos pacientes, assim como outras informações importantes ao estudo.

O tratamento dos dados foi qualitativo. Foram feitas leituras exaustivas de todo o material transcrito, e realizados recortes com o objetivo de aproximação dos sentidos encontrados a respeito dos fenômenos percebidos nas entrevistas clínicas.

Através da entrevista fenomenológica, foi possível mostrar a relação entre paciente, terapeuta e tratamento na CTTC. Esta forma de proceder própria da ótica fenomenológica contribuiu através das falas dos participantes, em uma mudança na concepção da relação entre paciente e terapeuta, pois esta metodologia implicou no interesse e postura do pesquisador em olhar a pessoa além de seus sinais e sintomas, ou seja, de forma humanizada. O pesquisador estabeleceu relação empática com o participante, portanto afetiva, o que propiciou o fortalecimento da confiança no processo terapêutico osteopático. O sentimento de confiança foi fundamental para a escolha terapêutica, o que favoreceu a adesão ao modelo de terapêutico osteopático, mesmo que por oposição ao modelo de tratamento medicamentoso. A postura compreensiva, com foco primário abrangendo a pessoa em sua totalidade e não reduzindo-a apenas a doença, modificou a perspectiva do participante na relação com a doença e modelos de escolha terapêutica.

Tratamento osteopático em pacientes com CTTC

A Osteopatia, enquanto modelo de intervenção que contempla o tratamento da cefaleia tensional, é reconhecida no Brasil como especialidade da profissão de fisioterapia. O fisioterapeuta osteopata utiliza procedimentos manuais de ajustamento de estruturas do corpo conhecidos como “manipulação”. A manipulação visa restaurar a função dos sistemas corporais implicados no processo de adoecimento (DENSLOW, J.; KORR, I.M.; KREMS, A., 1947; KORR, I.M., 1975).

O tratamento para cefaleia utilizado nesta pesquisa segue o protocolo terapêutico preconizado pela Escola de Osteopatia de Madri, proposto por Loza (2004), a formulação deste protocolo, ocorreu quando realizou tratamento osteopático em 74 pacientes, destes 40 sofriam de enxaqueca e 34 cefaleia, utilizou técnicas a nível cervical, torácico, cranianas e viscerais, o resultado nos casos de Migrânea foram classificados como bons em 45% dos casos, e muito bons em 94,11% nos casos de cefaleias. As técnicas manipulativas osteopáticas tem sido associadas a redução significativa da intensidade, frequência e duração das crises de cefaleia crônica, os sujeitos descreveram ainda sensação de descanso, e relaxamento, melhora do apetite, sensação de segurança, aumento da racionalidade, melhora da circulação cardiovascular e redução da paranoia e medo (ANDERSON R.E.; SENISCAL, C., 2006; MACEDO et al., 2007; MACPARTLAND et al., 2005).

Este estudo trata de uma perspectiva fenomenológica que busca o sentido que se manifesta diante das vivências, porém para tanto coloca o investigador em exercício de reflexão e análise diante do conteúdo da consciência. O referencial teórico-metodológico da fenomenologia de Husserl e Stein, interpretado por Bello (2006) privilegia o aspecto subjetivo e intersubjetivo, destaca a unidade da pessoa, e busca ampliar o foco científico, imprescindível, nesse caso, envolvendo a experiência de saúde da pessoa com cefaleia tipo tensional crônica.

A metodologia fenomenológica se mostra como importante recurso e adequado no caminho para pesquisar as vivências através dos atos da consciência e seus elementos constitutivos (percepção, memória, reflexão, decisão), possibilitando ampliar a compreensão em relação ao fenômeno vivenciado. Em foco a experiência vivenciada é captada e o significado atribuído pela pessoa que vivencia. Para a análise fenomenológica é necessário fazer duas reduções: a primeira, a *redução eidética* (redução à essência); e a segunda redução transcendental (reflexão ao participante na essência). Na *redução eidética* se busca o sentido das experiências vividas para chegar à essência dessas vivências, enquanto descrita em sua factualidade a apreensão do dado vivido é intuitivamente registrada. Na segunda etapa, é necessário fazer a *redução transcendental*, se refere a intencionalmente realizada pelo pesquisador, que subjetivamente, chega à experiência vivencial do(s) participante(s) do estudo, fazendo reflexões.

Bello (2006) mostra que este processo se assemelha a uma escavação arqueológica por meio da consciência, utilizando-se da percepção, memória, e em nível passivo (aquilo que já foi apreendido anteriormente). Neste percurso a atitude fenomenológica do pesquisador é voltada a experiência vivida do participante. Para trilhar esse caminho fenomenológico foi utilizada a análise compreensiva, de forma que não é preestabelecida a definição do número de entrevistas a serem realizadas com as pessoas com cefaleia tipo tensional crônica. As entrevistas cessam quando o pesquisador perceber nelas as convergências de temas ou mesmo falas comuns aos entrevistados, o que indica que está se chegando à essência da experiência vivida. As divergências também são consideradas, tendo em vista o objetivo do estudo (ESPÍNDULA, 2009).

Em outro momento, sem a presença do sujeito o pesquisador constituiu um olhar analítico sobre os dados construídos pelo sujeito expostos em narrativa. A análise dos dados partiu da atitude fenomenológica com base na empatia (empatia) estabelecida entre pesquisador e sujeito participante. Inicialmente o pesquisador se coloca a parte de ideias preconcebidas, chamada “redução eidética”, para chegar ao sentido das experiências vividas pelo sujeito através da descrição. Em sequência o pesquisador aborda a redução transcendental, aonde o pesquisador chegou à vivência do sujeito fazendo reflexões, procurando analisar através do sujeito a memória mais profunda, para chegar a “essência” da vivência, tendo como ponto de partida as percepções primeiras, buscando fazer análise dos atos corpóreos, psíquicos e espirituais do paciente com CTTC.

Bello (2004) interpretando Husserl revela que a estrutura transcendental é compreendida a partir dos atos vividos (percepção das sensações corpóreas, imaginação, memória, reflexão) que o sujeito mostra através de sua consciência. Com isso ao se analisar as vivências, através da análise do corpo, desvela-se à percepção. Trata-se de uma vivência de que temos consciência.

O presente estudo é direcionado a obter o significado das experiências vividas pelos pacientes com cefaleia tipo tensional frente ao tratamento de sua escolha, seja ele farmacológico, osteopático, ou ambos. É importante salientar que a pessoa é possuidora de uma dimensão corporal, psíquica e espiritual, e, através desse trio de dimensões, sinergicamente completam-se externa e internamente trazendo o ser humano em sua totalidade em sua própria natureza. Contudo o ser humano transcende o psicofísico, constitui-se também do espiritual, pois dessa indispensável dimensão é que se mostram as outras partes do indivíduo, pois a alma (ou psique) tem apenas um núcleo. Pode-se afirmar que toda a trilogia da pessoa (espiritual, psíquica e física) está predisposta a esse processo de desenvolvimento, pois a pessoa pode apenas se tornar algo daquilo que já tem marcado em seu ser pessoal.

O corpo é compreendido como uma natureza viva, como traz a fenomenologia de Husserl e Stein, amplia a visão sobre o corpo que carrega consigo uma expressividade única, ainda que, estruturalmente tenha semelhanças universais em sua constituição humana. O corpo se manifesta a nós como um corpo vivente chamado de (*leib*) por Husserl. Barco (2012) refere Husserl que além da vivacidade temos sensibilidade no corpo (*leib*) por ser um local das sensações de um organismo vivo, temos consciência dos limites do corpo que é dada pelos limites do tato.

Espíndula (2009) menciona Stein que ao adentrar no campo da psique como elemento constitucional para compreensão da pessoa humana, mostra a psique como atividade do eu, que a partir das vivências, apreende, elabora significados livremente diante das experiências, ou diante de objetos externos do mundo cultural ou natural. As vivências da psique, são também influenciadas pela vida espiritual, que recebe significado pela corporeidade, pelo estado vital, pela intensidade da força vital sensível, e pela tensão da pessoa.

No campo do espírito, Espíndula (2009, p.76) menciona que “por meio de atos livres como aceitação, decisão de algo, ou rejeição de um pensamento, a pessoa atribui direção e propósito a suas ações”. Dessa forma a pessoa diante de uma situação difícil de sua realidade relacionada a doença CTTC, percebe os argumentos de sua experiência vivida, sentimentos e estados sensíveis da corporeidade, atribui sentido e atitudes que a impulsiona a solucionar sua condição de saúde.

Discussões e análise

A perspectiva fenomenológica se torna especialmente relevante no contexto desta pesquisa, pois trata da captação da consciência do vivido pelo paciente com CTTC, cujo corpo sensível é confrontado intuitivamente com o tratamento escolhido, conduzido pela atitude empática demonstrada pelo profissional fisioterapeuta que o atende, trazendo para si estas informações percebidas através do corpo. Este movimento de ir e vir às coisas mesmas resulta na significação das experiências vividas pelos pacientes com CTTC.

Menciono a seguir a análise da estrutura da pessoa humana (corpo, psique e espírito) com cefaleia tipo tensional crônica que vivenciou e escolheu o tratamento osteopático ou medicamentoso, os quais vivenciam peculiaridades e singularidades diversas. Foram examinadas as características corpóreas e a psique que remetem aos atos emocionais e afetivos que ocorrem dentro de si, que estão relacionados à dimensão do espírito como, por exemplo, o controle, a vontade, a reflexão. Então, a análise da estrutura humana parte das entrevistas dos pacientes com CTTC que busca compreender o ser humano na sua

totalidade, nas dimensões: física, psíquica e espiritual, e foram encontrados os seguintes núcleos tipológicos. Os resultados foram formulados a partir da análise dos participantes, identificando nas seguintes unidades de sentido “palavras”, núcleos significativos comuns:

1. Dor e Sofrimento x Medicamento
2. Atos de julgamento e escolha terapêutica
3. As Relações interpessoais e rede de Apoio
4. Aspectos perceptivos sobre as limitações de produtividade no trabalho frente à CTTC
5. A experiência logo após o atendimento osteopático inicial para a CTTC

Dor e sofrimento x medicamento

O corpo especificamente humano possui vida, é muito mais que corpo material que se encontra nas concepções tradicionais de saúde, segundo CAPRA (1982) que vê o corpo como mecânico, biológico, fragmentado que aparece nas falas dos pacientes com CTTC que limitam seu olhar para rememorar a história do adoecimento, seus sintomas, preocupados em apenas saber qual melhor medicalização para resolver de imediato o seu mal estar da cefaleia tipo tensional crônica. CANTISTA (2006) descreve a dor como uma experiência difícil de suportar, que pode variar de intensidade, normalmente localizada no corpo próprio. A experiência dolorosa é memorizada no corpo, e de acordo com sua intensidade é facilmente lembrada como marcante dado seu efeito na vida das pessoas. As dificuldades de lidar com os sinais e sintomas da CTTC são relatos das vivências dos pacientes acometidos pela doença. Mencionam o longo período de convivência dolorosa, levando as vezes a pensar e temer ser portadora de outras doenças potencialmente fatais ou debilitantes, como razão primária da dor que não passa.

Faz muito tempo que sinto dor de cabeça. Porque podia ser uma doença pior, aí eu vim logo, mas era para eu ter vindo a mais tempo. Por que as vezes aparece alguma doença na cabeça da gente... Tenho ouvido falar muita coisa que tem acontecido (outras doenças associadas) ... Eu já tomo remédio para a pressão, para a bursite, para os ossos e agora estou tomando para verme. Se pudesse eu não tomava remédio, mas tem que tomar (Paciente 6).

Eu lembro que tenho essa dor de cabeça desde os meus 10 anos, tenho uma memória bem certa disso. Sempre quando eu volto assim no pensamento, eu sempre estou com dor de cabeça. Ai quando eu procurei o Dr. Neurologista, foi porque me deu uma crise de dor de cabeça de três dias consecutivos, assim uma dor insuportável. (Paciente1).

A percepção de corporeidade dos pacientes com CTTC os levam a descrever suas incapacidades e até localizar no corpo elementos topográficos e sensoriais do sofrimento compatíveis com o diagnóstico desta doença. Os participantes que experienciam a CTTC, vivenciam sensações que se apresentam pela consciência do percebido, expressando sua dor, desconforto e tensão.

Gonçalves (2005) menciona que a percepção pode ser concebida como a experiência original do corpo com o mundo ao seu redor. O ser em contato com o objeto, entra em contato consigo mesmo, deste modo, o corpo passa a ser considerado como corporeidade, pois é fonte de sentidos e rede de significados existenciais.

Nas falas abaixo, a percepção de corporeidade do sujeito com CTTC, denota consciência de sua condição clínica, a ponto de assemelhar-se com os sinais e sintomas que constroem o diagnóstico de CTTC.

Quando está muito forte a dor de cabeça eu sinto assim, dores na nuca, no pescoço. Não sei, se é dela, ou se é da posição (postura) de ficar no computador. Sinto também dor nos olhos e a claridade também incomoda, prejudica. Eu chego a ter náusea, mas nunca vomitei por causa da dor de cabeça. Durmo mais de lado. A sensação que eu tenho, é quando eu coloco a mão na cabeça, e penso que minha cabeça, vai explodir, a sensação que tenho é que ela vai explodir. Eu não tenho outra comparação. Parece que minha cabeça vai explodir mesmo. Eu estou tentando dormir menos, para poder estudar mais. Mas, eu não aguento, meu corpo não aguenta. Se eu não dormir, eu não aguento. Eu acordo, acabei de acordar, eu ainda estou morrendo de sono (Paciente 1).

Sinto a minha carne toda dolorida na cabeça e na nuca fico muito tensa, dura, dura, entre o pescoço e o ombro, eu toco agora e está tudo dolorido. Desde ontem estou com dor de cabeça, até agora. Fica a cabeça e o pescoço... tudo dolorido. Mas ainda sinto muita dor nas costas. Eu já começo a chorar, porque, dói muito meus olhos quando estou com dor, ela pesa minha cabeça, aí eu não consigo falar. É terrível, não consigo estudar, não consigo nada, nem levantar da cama. Desde meus oito anos, não podia sair no sol, se saía no sol a dor de cabeça doía (Paciente 8).

Nos relatos dos pacientes percebe-se que eles adquirem consciência da doença e dos efeitos colaterais do medicamento em seus corpos. Uma paciente diz: *“Acho que de tanto eu tomar dipirona, eu ficava, assim fraca, tonta, sei lá. Logo assim, quando eu comecei a ter dor de cabeça, eu tomava muita dipirona. Aí fiquei tendo tontura. Já até caí na rua...”* (Paciente 3). Outra paciente acrescenta: *“Por exemplo, a medicação por um lado ajuda, mas por outro vai prejudicando outras coisas entendeu!”* (Paciente 4).

Para esta paciente a vivência dos efeitos colaterais é ricamente detalhada em seu relato:

No início eu passei muito mal, foi a nortriptilina, de 10 miligramas, é tanto que passou logo na primeira semana para eu tomar um comprimido e a partir da segunda semana tomar dois, aí eu não tive coragem, tomei só um comprimido. Eu não tinha força para levantar, simplesmente só queria ficar deitada... eu sentia muito minha boca lacrmando, tremedeira, eu ficava assim, parece que eu ia falar e minha voz não saía. Teve um dia que eu cheguei ao trabalho, tive que sentar e conversar com minha chefe, porque eu não estava conseguindo mais nem trabalhar. Mas depois de uma semana não me adaptei e parei de tomar, porque eu passei muito mal na primeira semana. Então, se eu tomasse duas cápsulas de 20 miligramas, eu achei que eu ia passar mais mal do que eu estava sentindo. (Paciente 8)

A maioria dos pacientes relata suas lembranças do trajeto percorrido em busca de um tratamento medicamentoso efetivo para sua dor de cabeça. Neste relembrar expõem suas crenças da natureza de cura imediata do medicamento, a coragem e o enfrentamento da dor de cabeça que por vezes excede a própria tolerância percebida em si mesmo, cedendo assim ao uso frequente de medicamentos paliativos para a CTTC. Em sua vivência o paciente relata: *“Eu tomava remédio por conta própria, era só remédio mesmo para a dor... Então, ultimamente eu nem estava mais tomando (remédio). Porque eu sinto assim dor de cabeça constante, quase todos os dias eu sinto dor de cabeça”* (Paciente 2).

Husserl (2007) afirma que conhecemos o significado da vivência, quando exploramos a repetição da intuição, e adquirimos a evidência de que aquilo que a palavra quer dizer encontra seu preenchimento em conceitos gerais essencialmente diferentes. Adiciona ainda que a fenomenologia da vivência vise proporcionar uma compreensão descritiva das vivências psíquicas e dos sentidos, tão extensa quanto necessária para conceituar as significações fundamentais analiticamente investigadas. Algumas falas abaixo relatam a experiência sensorial dolorosa prolongada, torna o paciente com CTTC hábil em reconhecer suas manifestações corpóreas, adota intuitivamente reações peculiares e improvisadas de alívio, no sentido de minimizar seu desconforto. Destaca-se, também, a busca por um espaço de recolhimento, isolamento, e tolerância, ao adoecimento. Paciente se expressa dizendo: *Acho melhor não fazer nada, e ir deitar. Teve tempo que eu colocava até gelo da geladeira, colocava no*

pano, botava na cabeça para poder acalmar. (Paciente 3). O outro paciente diz: *Vou para o quarto e me deito, o principal para mim, é que o quarto esteja silencioso, luz apagada, daí tomo uma novalgina, por conta mesmo (Paciente 8).*

Através do corpo, os pacientes com CTTC ativam a memória das vivências que estavam guardadas na consciência e associam a sua cefaleia com acontecimentos conflitantes da vida. Este participante revela sua vivência dizendo: “[...] *Na verdade, essa minha dor de cabeça veio desde quando eu tinha 16 anos, minha mãe estava zangada lá, e me deu umas porradas na cabeça, ela só puxou meus cabelos e bateu assim, aí eu zanguiei e sai na rua*” (Paciente 7).

Atos de julgamento e escolha terapêutica

A escolha do tratamento osteopático é desconhecido do participante, mas apenas por não ser medicamentoso, inspira expectativas de melhora. Na fenomenologia, a pessoa ativa os atos da consciência, como os de avaliar e julgar a escolha diante de si como uma oportunidade de tratamento que pode trazer benefícios a sua saúde: Esta paciente avalia suas opções de tratamento dizendo: *“O Dr. Neurologista me falou da dor de cabeça, falou que eu tinha a opção de tratar com acompanhamento do Fisioterapeuta, ou tomar medicação. Aí eu escolhi o acompanhamento (do fisioterapeuta osteopata). É bom, para não ficar dependente de remédio (Paciente 3). Outro paciente diz: Tenho expectativas de benefícios e melhoras com esse tratamento, tanto para minha saúde como para meu trabalho, pois estou me sentindo cansada.(Paciente 4).*

Já estas pacientes que seguem avaliam e julgam suas opções dizendo: *“Eu fui fazer a consulta com o Dr. Neurologista, ele me explicou como seria, e eu poderia escolher entre esse procedimento (terapêutico osteopático) e a medicação. Como eu já tomei medicação outras vezes, e não fez efeito, então eu preferi experimentar esse tratamento (osteopático) para ver (o que acontece)...(Paciente 2)”, “O Dr. Neurologista me falou desse tratamento, eu procurei ajuda, porque minha cabeça dói muito. Talvez, pode ser bom porque o remédio a gente toma para combater uma coisa, mas pode prejudicar outra, e se tem outros meios de recursos, porque não usá-lo? (Paciente 5).*

Neste outro relato o paciente fala sobre sua vivência dizendo: “[...] *Acho que foi melhor para mim, que eu vou me sentir melhor da dor de cabeça, podendo me tratar, e me sentir melhor um pouco da dor de cabeça. Eu sei que esse tratamento (osteopático) é sem remédio. (Paciente 7). Este paciente comenta sua vivência dizendo: “[...] Para mim a prioridade é não tomar medicamento, por que eu tenho um pouco de trauma em tomar medicamento, eu já fiz tratamento com remédio controlado então, eu desisti” (Paciente 8).*

A *dimensão do espírito* Stein define como dimensão formada pelo *intelecto* e pela *vontade* que capacita a pessoa a abrir seu “olhar espiritual” para a existência e acolhê-la em si, refletindo e julgando o que recebe, passando a ser trabalho do espírito configurar e governar a si mesmo. Edith Stein toma como exemplo a mesma situação desta pesquisa, os “doentes com cefaléia”, e analisa situações em que a sensação corpórea impede a pessoa de decidir de modo autônomo em meio a uma forte dor (BELLO, 2004, p.225). Os pacientes adotam intencionalmente reações peculiares e improvisadas de alívio, no sentido de minimizar seu desconforto.

O estudo mostrou que diferentes indivíduos apresentam consciência mais clara de sua corporeidade através das sensações ligadas ao adoecimento e às suas limitações. Os pacientes com CTTC revelam-se abertos a outras formas de tratamento, como o tratamento fisioterapêutico osteopático, seja por considerar os resultados que a medicação trouxe para sua vida e condição de adoecimento insatisfatório, ou mesmo pelo receio do uso prolongado de medicação afetar sua saúde.

As relações interpessoais e rede de apoio

Bello (2006) e Espíndula (2009) consideram a família como a primeira das comunidades e a mais significativa na ligação afetiva. Depois, vem a comunidade de amigos, de conhecidos, a comunidade de povos, pois é através de cada uma destas que os pacientes se relacionam para se tornarem mais si mesmos em cada instante. O paciente no processo de tratamento, concebe sentimentos e experiências através das vivências com as diferentes comunidades.

Bello (2015) diferencia o conceito de sociedade e comunidade. Para ela, a sociedade funda-se na racionalização das relações. É quando uma pessoa se coloca frente a outra, como uma relação sujeito e objeto, a examina e os seus membros desenvolvem um papel dentro dela.

Já o conceito de Comunidade é o Organismo vivo, lugar em que cada um é um órgão imprescindível do todo. Uma pessoa se abre com a outra pessoa, *“quando a tomada de posição de um não são rejeitadas pelo outro, mas são acolhidas desenvolvendo plenamente suas capacidades”* (BELLO, 2014, p.58). Quando um não está na frente do outro, mas vive com ela e ambos são determinados por temas vitais mútuos, neste caso duas pessoas formam uma comunidade.

Neste diálogo com Stein, os pacientes com Cefaléia desejam reconhecimento nas relações com outro na comunidade, bem como fazem avaliação, reflexão das possibilidades de tratamento (tradicional e Osteopatia) e valoração da experiência do corpo vivo, buscando em sua interioridade aprimorar as estratégias de alívio e a tomada de decisão.

A maioria dos pacientes com CTTC relata que através das relações interpessoais e rede de apoio auxiliam no enfrentamento da dor, sofrimentos, incapacidades e mal-estar que ocorrem com a cefaleia. Este paciente expressa sua vivência em seu relato: *“[...] Meu marido me apoia. Se eu não quero fazer nada, ele vai fazer, e ele é paciente comigo”* (Paciente 3). Alguns pacientes procuram proteger sua família e não mostrar seus sintomas, sofrimentos aos familiares.

Meu marido já sabe, que eu sinto dor de cabeça constantemente. Eles (marido e filhos) até me entendem. Quando está muito forte, eles me deixam quieta. É terrível! É uma sensação horrível! Às vezes falo para o meu esposo: *“olha é cruel uma pessoa, viver dessa forma”*. Eu não deixo de ir para os lugares, mesmo sentindo dor de cabeça. Mas é horrível, você viver com dor o tempo todo (Paciente 2).

A maioria dos pacientes por meio da experiência dolorosa da CTTC relata mudança de humor e seu equilíbrio comportamental, adotando atitudes impulsivas que trazem a si próprio a consciência preocupante desta alteração. Às vezes revela um cotidiano conflituoso na sua relação com a família. Neste discurso o paciente diz: *“[...] Acho que fico estressada, sem paciência com meu filho, brigo com ele”*. (Paciente 1). O outro se expressa-se dizendo: *“[...] Quando eu estou com dor de cabeça, fico agressiva com minhas filhas. Então às vezes elas vêm falar comigo, e eu fico irritada”* (Paciente 2).

Aspectos perceptivos sobre as limitações de produtividade no trabalho frente à CTTC

Alguns depoimentos mostram a limitação vivida no trabalho devido aos sintomas da cefaleia tipo tensional crônica, exigindo na vida e no trabalho, uma adaptação e convivência do mal-estar e, quando não for possível a tolerância à dor às vezes seja necessário se ausentar do trabalho: Este paciente utiliza de estratégia peculiar no adaptar-se, conviver com sua dor ou mesmo tolerá-la segundo relata: *“[...]Mas vamos dizer que eu coloco uma máscara para as outras pessoas, para agradar o cliente, e às vezes eu não consigo”*. (Paciente 8).

O ambiente de trabalho geralmente hostil, cansativo, e com temperatura elevada, ou que afete os sentidos, aparece como um agente desencadeante da CTTC. O conflito da pessoa com CTTC mostra prejuízo no desempenho do trabalho e reflete impacto econômico na família, e nas instituições empregadoras, resultando comumente em ausências do trabalho e na redução de produtividade: O discurso desta paciente reflete esta vivência diante da temperatura:

A dor de cabeça me limita muito, porque eu não posso pegar sol. Geralmente quando eu vou pescar dói mesmo. Durante a noite não consigo dormir de tanta dor de cabeça. Eu estava falando com o Dr. Neurologista, né... (risos). Eu sinto muita dor de cabeça quando pego sol, daí ele disse: Mas então, é todo dia, não é? Mas é todo dia mesmo, porque eu pego sol. Se eu tenho que resolver algo prefiro resolver pela parte da manhã para não pegar muito sol. (Paciente 3)

Para esta outra paciente limitações vivenciadas diante da dor e do mal-estar levou-a ao absenteísmo no trabalho em algumas ocasiões, conforme relata a seguir: “*Já sai algumas vezes do trabalho, só pedi para sair porque a dor estava muito intensa. Neste ano já ocorreu varias vezes minha saída do trabalho por motivo de dor de cabeça. Mas aí, eu aguento ao máximo, quando chega próximo do fim do horário, aí eu peço para sair, tipo umas 11:00 da manhã*” (Paciente 2).

O problema é que sinto minha dor de cabeça começa pela manhã e vai até a noite. Mas sinto sempre no momento do trabalho, pois a gente trabalha muito com pacientes que tomam muito medicamento controlado, então o paciente já chega irritado. Eles às vezes sem querer agridem a gente, e agente se sente agredida, então acho que isso atrapalha um pouquinho, surge a dor na minha cabeça, ela vai se agravando, mas depois desse meu trabalho... Às vezes eu ligo para o meu marido com muita dor de cabeça, pedindo para ele vir me buscar mais cedo. Estou, desde ontem à tarde com dor de cabeça, mas está tranquilo, é aquela dor que eu consigo suportar. (Paciente 8).

A experiência logo após o atendimento osteopático inicial para a CTTC

A segunda entrevista foi realizada após o primeiro atendimento osteopático. As pacientes com CTTC relataram suas percepções imediatas de bem-estar, otimismo, disposição, recuperação da capacidade vital e perspectiva na melhora dos sintomas com o tratamento osteopático:

Eu estou bem... eu não estou sentindo nenhuma dor não. Se estiver sentindo a dor é bem fraquinha. Mas não está cem por cento sem dor não. Normal não estar. Eu acho que estou com dois por cento de dor de cabeça. Eu nem vou voltar para o trabalho agora (risos). Vou voltar para casa e aproveitar e estudar. (Paciente 1)

Estou me sentindo, bem mais relaxada, menos dores que estava sentindo na cabeça. Eu estou sentindo a cabeça bem leve, e sem dor, e uma sensação geral de estar mais leve no meu corpo. Sem dor alguma. Creio que conseguiria ler um livro sim, porque estou me sentindo menos cansada. Eu acho que melhorou bastante. Esta dor que estava me incomodando bastante no pescoço, ombro e nuca, passou. Estou bem melhor (Paciente 4).

Estou sentindo bem, não estou sentindo dor de cabeça, estou aliviada, nesta parte de trás do pescoço. Aliviou muito. A sensação de peso na cabeça acabou, estou leve. O tratamento, talvez uma coisa que eu não tinha costume em fazer, mas estou me sentindo bem, viva de novo. Estou leve parece que tirou uns 5 quilos da minha cabeça. Estou bem, dez, acabou tudo. (Paciente 5).

(Risos), a dor de cabeça? Por enquanto, eu não estou sentindo nada. É uma sensação boa, parece que está mais leve a cabeça, e o corpo todo. Estou me sentindo leve. Não sei, mas, é como se aqui tivesse na base da nuca quente, e não tivesse sentindo meu corpo, e meu corpo, está leve, inclusive a cabeça. (Paciente 8).

Neste relato o paciente diz: “[...] Então está mais leve aqui na cabeça, no pescoço e nuca. Bem melhor. Estou tranquila. Estou sem dor. Se tivesse que estudar agora, tranquilo. Olha agora neste exato momento, acho que minha dor é zero. Nenhuma mesmo” (Paciente 2). Em outro discurso o paciente diz: “[...] Está mais leve... (risos) na nuca e pescoço. Não dói, está leve. Conseguiria estudar, estou bem. Está zero a dor agora, estou leve, olha... Com certeza volto para tratamento” (Paciente 3).

Outro paciente discursa sobre sua vivência: *“está melhor agora. Estava com dor, mas passou mais um pouco. Ainda estou sentindo um pouco, nesta parte aqui na nuca”* (Paciente 7).

No geral, os pacientes com CTTC têm consciência de seu corpo, e relataram melhora de seu bem-estar. O tratamento osteopático foi associado à melhora da dor de cabeça, tensão muscular corporal, sintomas depressivos, humor, bem como da disposição cognitiva.

Considerações finais

Neste caminho de encontro com o outro, trazendo a luz às coisas mesmas, por meio da fenomenologia, a compreensão do significado das vivências dos pacientes com CTTC traduziu-se em vivência mútua, indo e vindo da redução eidética a transcendental. Inicialmente, o relato das vivências dos participantes propiciou um conhecimento da corporeidade na relação de espaço e tempo que resultaram no processo de cronificação da CTTC. Os pacientes com CTTC mostram consciência dos sintomas e adotam estratégias peculiares de alívio como se recolher a um ambiente, com ausência de luminosidade, e som após resfriarem-se seja em um banho ou utilizando compressas na nuca ou cabeça, com objetivo de poderem dormir melhor. A comunidade familiar e de trabalho foram descritas como importantes no enfrentamento da cefaleia. Nos seus relatos expressam o compartilhamento dos seus sentimentos de insegurança, sofrimento, conflitos, dúvidas na relação paciente, terapeuta e tratamento, os efeitos colaterais do medicamento, além de medo de doenças potencialmente fatais.

A rede de apoio familiar e trabalho auxiliaram os pacientes com CTTC a enfrentar com coragem e determinação o Tratamento fisioterapêutico osteopático. O fardo dos sintomas de adoecimento da CTTC foi percebido como debilitante da capacidade vital, sendo significado como *“dor terrível”, “cansaço”* e *“tensão”*. Os encargos no trabalho, através do absenteísmo foram relatados, o que leva a impacto social e econômico, para a pessoa, família e instituição empregatícia.

Diante do exposto, os pacientes com CTTC mostraram visão fragmentada, reduzida ao processo de saúde e doença, desconhecem a experiência de atuação integrada da equipe multidisciplinar em cefaleia, o que levam a prender-se a um ciclo vicioso e crônificante de sua doença. Diante dessa realidade, faz-se necessário o olhar dos profissionais da fisioterapia e outros profissionais da equipe (psicólogo, médicos, enfermeiros, assistente social) voltados para o concreto, a singularidade da pessoa, de maneira a oferecer um maior valor ao trabalho humanizado, permitindo ampliar as perspectivas de tratamento. Todos os pacientes com CTTC escolheram o tratamento fisioterapêutico osteopático, em grande parte, por ser não medicamentoso. O sentido subjetivo apreendido das suas vivências foi de boa aceitação dos efeitos imediatos dessa terapêutica, enfatizando o alívio da tensão muscular e fadiga, atenuação ou ausência da dor cefálica. Além da melhora de humor e ausência de limitação cognitiva. Como demonstrado neste capítulo a pesquisa fenomenológica em muito contribui para a pesquisa clínica em saúde pois permite a compreensão e discussão da relação terapêutica. Revisa a postura terapêutica frente ao sujeito em adoecimento, resgata e reuni nesta metodologia de pesquisa em saúde, a compreensão do sujeito em sua totalidade antes de se interessar pelo sintoma clínico negando-se a separar o corpo vivente somático, da psiquê. No campo da atenção a saúde especializada, a perspectiva do participante estudado, abriu possibilidades de discussão sobre suas contribuições no sentido de atender alguns princípios do SUS relacionados a Humanização, resolubilidade,

baixo custo e desmedicalização, bem como o exercício da liberdade de escolha terapêutica. Portanto é possível ainda, com este estudo subsidiar discussões posteriores centradas nas políticas públicas que visem aproximar e integrar equipe multidisciplinar capacitada na prevenção e promoção da saúde sobre o tema da cefaleia.

REFERÊNCIAS

AMATUZZI, M. M. Psicologia fenomenológica: uma aproximação teórica humanista. **Estudos de Psicologia**. Campinas, v.26, n.1, p. 93-100, 2009.

ANDERSON R.E.; SENISCAL, C. Comparison of Selected Osteopathic Treatment and Relaxation for Tension-Type Headaches. **Headache**, v.46, n.8, p.1273-1280, 2006.

BARCO, A.P. A Concepção Husserliana de Corporeidade: A Distinção Fenomenológica entre corpo próprio e corpos inanimados. **Synesis**, v.4, n.2, p.1-12, 2012.

BELLO, A. **Fenomenologia e ciências humanas: psicologia, história e religião**. Bauru: EDUSC, 2004.

_____. **Introdução à fenomenologia**. Bauru: EDUSC, 2006.

_____. **Edith Stein. A paixão pela verdade**. Curitiba: Juruá, 2014.

_____. **Pessoa e Comunidade: psicologia e ciências do espírito de Edith Stein**. Belo Horizonte: Artesã, 2015.

CANTISTA, M.J. **Para uma antropologia da dor e do sofrimento**. http://web.letas.up.pt/id/projectos/5%20FILOS/5_3%20Filosofia%20Moderna%20e%20Contemporanea/5_3_1/5_3_1.htm. Acesso em 07 de abril de 2013.

CAPRA, F. **O Ponto de Mutação: A Ciência, a Sociedade e a Cultura Emergente**. São Paulo: Cultrix, 1982.

DENSLOW, J.; KORR, I.; KREMS, A. Quantitative studies of chronic facilitation in human motoneuron pools. **American Journal of Physiology**. v.150, p.229-238, 1947.

ESPÍNDULA, J.A. **O significado da religiosidade para pacientes com câncer e para profissionais de saúde**. [dissertação]. Ribeirão Preto: USP, 2009.

FORGHIERI, Y.C. **Psicologia fenomenológica, fundamentos, métodos e pesquisa**, São Paulo: Pioneira, 1993.

GONÇALVES, R.; MERIGHI, M.A.B. O climatério: a corporeidade como berço das experiências do vivido. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.58, n.6, p.692-697, 2005.

HUSSERL, E. **Investigações Lógicas: Investigações para a Fenomenologia e a Teoria do Conhecimento**. Lisboa: CEFUL, v.2, p.30-31, 2007.

KORR, I.M. Proprioceptors and somatic dysfunction. **Journal American Osteopathic Association**, v.74, n.7, p.638-650, 1975.

LOZA, E.M. Tratamiento osteopático de las migrañas y cefaleas. **Revista Científica de terapia manual y osteopatía**, v.1, n.12, p.4-34, 2000.

LOZA, E.M. (Org.). **Migrañas y cefaleas**. 1.ed. Madri: Escuela de Osteopatía de Madri, p.17, 2004.

MACEDO, C.S.G. et al. Eficácia da terapia manual craniana em mulheres com cefaleia. **Fisioterapia e Pesquisa**, v.14, n.2, p.14-20, 2007.

MCPARTLAND, J.M. et al. Cannabimimetic effects of osteopathic manipulative treatment. **Journal American Osteopathic Association**, v.105, n.6, p.283-291, 2005.

RANIERI, L.P.; BARREIRA, C.R.A. A Empatia Como Vivência. **Memorandum**,v.23, p.12-31, 2012.

11. REDES DE APOIO PSICOSSOCIAL DO IDOSO INSTITUCIONALIZADO NO EXTREMO NORTE DO PAÍS: UM OLHAR DA FENOMENOLOGIA STEINEANA

Matuzalém Lima e Sousa
Joelma Ana Gutiérrez Espíndula

Introdução

De acordo com (WHO, 2005), ao comparar os países desenvolvidos e em desenvolvimento, é possível perceber uma diferença no ritmo de envelhecimento da população e o aumento sócio-econômico. Nos países desenvolvidos, o envelhecimento da população foi um processo gradual seguido pelo crescimento econômico durante várias gerações, diferente do que vem ocorrendo no segundo grupo de países onde a população está envelhecendo em duas ou três décadas, não sendo acompanhada por esse aumento parcimonioso.

Assim, pode se dizer que o idoso vem ocupando, nas últimas décadas, um crescimento significativo na população mundial. O Brasil ocupa o primeiro lugar na América Latina com maior número de pessoas idosas e o quinto lugar no mundo (WHO, 2005). Complementando, Silva (2005) refere que o povo francês teve um crescimento da população idosa de 7% do total para 14% em 120 anos. O Brasil, por sua vez, poderá alcançar essa mesma porcentagem em apenas duas décadas. Os principais fatores citados como contribuintes para o envelhecimento da população estão relacionados ao aumento na expectativa de vida, diminuição no índice de mortalidade em idades avançadas, baixa fecundidade, além de melhorias no saneamento básico e alimentação.

O rápido envelhecimento, além do baixo desenvolvimento sócio econômico, também é acompanhado por mudanças na estrutura e nos papéis da família, assim como nos padrões de trabalho e urbanização. A migração de jovens para cidades à procura de profissionalização e trabalho, famílias cada vez menores, mais mulheres tornando-se força de trabalho formal, estas que tradicionalmente são as cuidadoras dos idosos pertencentes à família, entre outras mudanças (WHO, 2005).

A representatividade dos grupos etários no total da população com a faixa etária até 25 anos de idade, no ano de 2010, é menor que a observada no ano de 2000. Conseqüentemente, pode-se observar um alargamento do topo da pirâmide etária, representado pela população com 65 anos ou mais, que era de 4,8% em 1991, passando a 5,9% em 2000 e chegando a 7,4% em 2010 (IBGE, 2011). A promoção de saúde mental de idosos institucionalizados é um tema relevante no âmbito das grandes preocupações que inquietam a humanidade, principalmente nas questões referentes à saúde do idoso, expectativa de vida e os modos de enfrentamentos.

A Associação de Idosos onde o estudo foi desenvolvido está localizada no município de Boa Vista, tendo sua fundação em 1974 com o objetivo de acolher idosos em situação de vulnerabilidade e abandono. Foi criada pela mãe Camila da Diocese de Roraima e era mantida com ajuda da sociedade (filantrópica). O local se tornou a Casa Lar Horácio Magalhães, após intervenção do Ministério Público, mantida, a partir de então pela Secretaria de Trabalho e Bem-Estar Social (SETRABES), vinculada ao Estado.

Um estudo realizado por Espíndula e Ferreira (2017) com cinco idosos pertencentes a um grupo de extensão chamado Girassol, da Universidade Federal de Roraima, buscou compreender as vivências de saúde, sentido de vida e como os aspectos psicossociais influenciam o processo de envelhecer. A partir da metodologia descritiva-qualitativa,

foram identificadas e descritas experiências do cotidiano da velhice e analisadas a partir da abordagem da Logoterapia. A maioria dos participantes relata a família como importante na vida do indivíduo, seguido de amigos e grupos sociais, apoiando-os no enfrentamento do cotidiano. Os entrevistados expressam que realizar atividades sociais proporcionam saúde e o bem-estar e conseqüentemente favorecem à autonomia e independência que possuem e a perspectiva em atribuir sentido à própria vida.

Conforme Silva (2005), olhar a saúde mental na atenção primária significa respeitar a especificidade corpórea, psíquica e espiritual do indivíduo. Enfatizando não o seu estado de adoecimento, mas às necessidades que cada indivíduo porta para a continuidade do seu desenvolvimento e dando ênfase também as suas potencialidades de vida.

Sendo assim, a rede social é relevante nesse contexto e está diretamente relacionada aos estudos teóricos e empíricos sobre apoio social e saúde. Através da análise dessas redes que se estabelecem entre grupos e comunidades que se torna possível prever o acesso dos sujeitos aos recursos de apoios sociais disponíveis (LACERDA, 2002). Ainda segundo a autora, o apoio social ganhou maior relevância no Brasil, no final da década de 1990, com destaque para Victor Valla, educador e pesquisador norte-americano que residiu no Brasil até seu falecimento em setembro de 2009, no Rio de Janeiro, como um dos precursores desse assunto no campo da Saúde Pública Brasileira definindo o apoio social como:

Qualquer informação, falada ou não, e/ou auxílio material oferecido por grupos e/ou pessoas que se conhecem e que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos. Trata-se de um processo recíproco, ou seja, que gera efeitos positivos tanto para o recipiente, como também para quem oferece o apoio, dessa forma permitindo que ambos tenham mais sentido de controle sobre suas vidas (VALLA, 1999, p. 10).

O apoio social é composto por duas dimensões, às relações formais e informais. As relações sociais formais são mantidas devido à posição e papéis na sociedade. Isso inclui os profissionais como médico, professor, advogado, psicólogo, etc. Já as relações sociais informais são formadas pelos indivíduos que compõe a família, amigos, vizinhos, colegas de trabalho, comunidade e ligações em que ocorra envolvimento afetivo (ROSA et al., 2007).

Apesar da relevância do crescimento de idosos no Brasil, especificamente no estado de Roraima, pouco tem se falado sobre o impacto do aumento da expectativa de vida na demanda por Instituições de Longa Permanência (ILPI) e a condição de vida desses residentes, visto isso, surgiu às seguintes perguntas: de que modo os idosos que vivem no abrigo relacionam com os outros (residentes, profissionais, familiares) e consigo mesmo? Quais as principais redes de apoio para estes idosos institucionalizados? Estas questões orientaram a construção do objetivo desse trabalho, que foi compreender como os idosos residentes no abrigo vivenciam a rede de apoio para os idosos residentes no abrigo, no município de Boa Vista - RR. Especificamente, buscou-se descrever as redes de apoio para a saúde mental dos idosos residentes em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos-ILPIs.

Metodologia

O estudo se caracteriza por ser descritivo-qualitativo fundamentado na perspectiva fenomenológica steiniana, tomando como referencial teórico temas discutidos em torno do eixo de redes de apoio, mais especificamente as noções de: subjetividade, intersubjetividade, comunidade, corpo, psique e espírito, sendo esses temas fundamentais para a condição humana.

O estudo utilizou o método fenomenológico que é constituído numa abordagem descritiva, partindo da compreensão do modo de viver da pessoa no seu cotidiano, procurando resgatar e conhecer os significados atribuídos ao fenómeno enquanto vividos pelo sujeito, proporcionando uma descrição direta da experiência tal como ela é, ou seja, tal como é visto, compreendido e interpretado na consciência de cada pessoa (GIL, 2012).

A pesquisa qualitativa fenomenológica, em suas características básicas, inclui a interpretação do mundo vivido a partir do próprio participante e da situação a ser pesquisada. Dando ênfase na maneira como o sujeito vivencia o fenómeno. O pesquisador deve levar em consideração a experiência concreta do participante procurando sentir o outro dentro de si mesmo (MOREIRA, 2009).

Essa metodologia parte do princípio de que se pode deixar o fenómeno falar por si, tendo o sentido da experiência como objetivo, ou seja, o significado da experiência para o indivíduo que vivenciou ou vivencia o fenómeno em questão e está, portanto, apto a proporcionar uma descrição compreensiva, através do qual, são apreendidos os significados gerais ou universais; essências ou estruturas das experiências (HOLANDA, 2006).

A coleta de dados foi realizada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e 510/2016. Participaram das entrevistas 10 (dez) participantes do sexo masculino, com faixa etária de 65 a 94 anos, tendo como o objetivo de resgatar a dimensão do vivido com aplicação de uma entrevista aberta, sendo que a parte inicial foi estruturada contendo os dados sociodemográficos, tendo como o objetivo de resgatar a dimensão humana do vivido. O pesquisador inicialmente convidou os colaboradores a participarem do estudo, apresentando o objetivo e justificativa da pesquisa, deixando clara a relevância do estudo, enfatizando que sua participação seria fundamental ao trazer maior conhecimento a diversos profissionais, podendo contribuir também para uma melhoria no atendimento a eles e aos futuros usuários. A entrevista com o(a) colaborador(a), deu início com a solicitação dos dados e a segunda parte foi realizado a seguinte questão norteadora: *“Conte-me como tem sido a sua vida na instituição?”*. A partir desta questão surgiram outras perguntas para aprofundar o objetivo do estudo.

O processo de análise dos dados contou com quatro etapas indicadas por Giorgi e Sousa (2010): 1) Refere-se ao sentido geral das informações, na qual o pesquisador fez uma leitura cuidadosa dos relatos obtidos nas transcrições completas das entrevistas, com o objetivo de familiarizar-se com o que o sujeito desejou descrever; 2) O pesquisador retomou tais leituras com o objetivo de discriminar as unidades significativas, dando ênfase ao fenómeno que está sendo pesquisado; 3) Transformar as unidades de significado em unidade de significado psicológica; 4) O pesquisador realiza a síntese da análise estrutural geral das unidades de significado. Em seguida, a análise das entrevistas foi discutida a partir do referencial teórico do estudo sobre rede de apoio, saúde mental e fenomenologia.

Participantes e descrição do contexto do estudo

A Casa Lar Horácio Magalhães, mais conhecida como casa do Vovô, atualmente, atende 36 idosos, sendo 4 mulheres e 32 homens – a mulher mais velha tem 100 anos e o homem mais velho 94 anos de idade. O estudo contou com a participação de 10 (dez) idosos residentes da instituição sendo todos do sexo masculino, das 4 mulheres que vivem no local, duas não aceitaram participar da pesquisa e duas estavam impossibilitadas de participar devido problemas de saúde.

A Casa tem atualmente 124 funcionários, sendo a equipe multidisciplinar formada por um assistente social, uma psicóloga, dois médicos geriatras, um nutricionista, um enfermeiro, dois fisioterapeutas, uma fonoaudióloga, 37 agentes sócios geriátricos. É considerada uma ILPI – Instituição de Longa Permanência para Idosos, mas utiliza o termo “abrigo”. A instituição conta com uma equipe plantonista que fica em prontidão constante para o auxílio, o local atende idoso dependentes, semi-dependentes e independentes na execução de atividades diárias. Sendo esse um dos critérios para a convivência nos quartos, por exemplo, os idosos que estão acamados são colocados juntos no mesmo quarto para que não se sintam a sós ou isolados. Além dos vínculos de amizade que também são levados em consideração da alocação dos dormitórios.

Dentre os serviços oferecidos, destacam-se as atividades realizadas pelo Centro de Referência ao Idoso - Viva Melhor Idade, coordenada pela Secretaria da Promoção Humana e Desenvolvimento (SEPHD) do estado de Roraima. Todas as terças e quintas, os idosos que demonstram interesse são levados de van até o Viva Melhor Idade para participarem da “Rede Cidadania” onde são desenvolvidas atividades de socialização, através de oficinas pedagógicas, hidroginástica, dança, coral, entre outras atividades.

Os recursos para a manutenção da instituição são oriundos da Secretaria do Trabalho e Bem Estar Social de Roraima (SETRABES), doações da comunidade ou por qualquer pessoal que cumpra pena alternativa, além de empresas e feirantes que no final do dia selecionam algumas frutas para está doando.

Os idosos chegam a instituição por livre vontade ou são encaminhados para o local através do Ministério Público de Roraima devido sua situação de vulnerabilidade social agravada, na maioria das vezes, por sua debilidade no estado de saúde e quando esse idoso não tem uma pessoa de referência para receber o cuidado que necessita, ocorre o acolhimento institucional.

Conforme informações repassadas pela diretoria do local, é feito um trabalho pela assistente social e pela psicóloga de reatamento de vínculo e se houver êxito nesse processo o idoso volta para o seu núcleo familiar, mas não ocorre um desligamento da instituição. Porém, como a maioria dos idosos não tem família no estado esse reestabelecimento de vínculo é dificultado, durante os últimos três anos somente três idosos retornaram a seu núcleo familiar. Esse procedimento só ocorre quando o idoso tem interesse em retornar a sua família, nesse caso é feita uma busca por seus familiares, inclusive em outros estados, com o objetivo de promover esse reencontro.

Durante o período de coleta de dados, a assistente social da instituição afirmou que estava ocorrendo um processo de reatamento familiar de um idoso com sua família. No que se refere à saúde, o principal transtorno apresentado pelos idosos, segundo a psicóloga, é a demência, um deles apresenta doença de Parkinson e um com Alzheimer.

Resultados e Discussão

O perfil dos idosos entrevistados assemelha-se as características observadas em outros estudos populacionais brasileiros. Todos os participantes são de baixa renda e recebem o Benefício de Prestação Continuada-BPC assegurado pelo artigo 20, da Lei Orgânica de Assistência Social-LOAS (Lei nº 8.742/93), no valor de um salário mínimo.

Ao apresentar os dados sócio-demográficos dos colaboradores no que se refere a escolaridade: 2 (dois) se declararam analfabetos e 8 (oito) com o ensino fundamental incompleto; 2 (dois) divorciados e 8 (oito) solteiros. Dentre os entrevistados, o residente mais recente está 2 (dois) meses e os dois mais antigos estão a 5 (cinco) anos. Apenas 2 (dois) participantes afirmaram terem familiares no estado, entretanto, somente um afirmou receber apoio da mesma. Quando perguntados sobre o motivo da ida para o abrigo, 4 (quatro) afirmaram ter ido após sofrer um acidente vascular cerebral (AVC), 2 (dois) após um acidente de trânsito, 2 (dois) por decisão própria e 1(um) por decisão da família. Foi possível perceber que na instituição o número de homens é significativamente maior do que o número de mulheres, a casa atualmente atende 36 idosos, sendo 4 mulheres e 32 homens. Isso está relacionado ao fato de que a maioria dos moradores homens do abrigo veio da região Nordeste e do Amazonas com a intenção de ficar no garimpo, todavia, por motivos diversos acabaram permanecendo em Boa Vista-RR ficando sem o apoio.

Quanto à percepção dos idosos em relação ao apoio recebido pela instituição, 7 (sete) afirmaram ser muito boa e 3 (três) afirmaram ser boa. No que se refere à frequência de visitas, 3 (três) idosos afirmaram não receberem visitas, 4 (quatro) afirmaram receberem visitas uma vez por mês, 3 (três) afirmaram receber visitas duas vezes ao mês. Sobre a diversidade de contatos, que se refere à amplitude da rede social, 4 (quatro) idoso afirmaram receber visitas apenas de uma pessoa, ambas se referindo a um pastor da igreja, 2 (dois) afirmaram receber visitas apenas de duas pessoas, um recebe visita da filha e da ex-esposa e o outro afirma receber visitas de um casal de amigos, e 4 (quatro) idosos afirmaram não ter vínculo ou contato com pessoas fora do abrigo. Foi possível perceber que as visitas recebidas pela comunidade não foram levadas em consideração pelos idosos como sendo pertencentes a sua diversidade de contatos, visto que não existe uma formação de vínculo duradouro ou uma frequência regular de visitas.

A maioria dos idosos chegou à instituição necessitados de proteção, cuidados na saúde e no acolhimento. Eles afirmaram que mesmo sem ter o apoio da família tinham capacidade de trabalhar e realizar suas tarefas diárias sem necessitar da ajuda de outra pessoa, porém em decorrência da idade e/ou agravamentos na saúde causados por doença ou acidente surgiram às limitações do corpo exigindo que eles buscassem o abrigo como única alternativa. Assim, um dos principais determinantes de vulnerabilidade apresentado pelos idosos antes de irem para o abrigo está relacionado ao fato de morar sozinho, diminuição da renda devido à incapacidade de trabalhar, pobreza e escassez de cuidados a saúde.

Os temas que sucederam essa análise demonstram as vivências atribuídas pelos idosos às suas redes de apoio, as vivências no abrigo e as contribuições dessa para a manutenção da sua saúde física, mental e emocional, da qual foram correlacionadas com leituras a respeito da atenção psicossocial de idosos institucionalizados e da fenomenologia de Edith Stein. Obteve-se às seguintes constituintes essenciais (eixos temáticos) da qual foram criadas as unidades de significados apresentadas no quadro abaixo.

Quadro - A vivência dos idosos e suas redes de apoio

CONSTITUINTES ESSENCIAIS (EIXOS TEMÁTICOS)	UNIDADE DE SIGNIFICADO
Corporeidade do idoso	Percepções das limitações do corpo como motivo da ida para o abrigo
	O acolhimento institucional como fonte de cuidados a saúde
Apoio Emocional	Necessidade do apoio familiar
	A dimensão religiosa como fonte de apoio
	Vivências empáticas com os trabalhadores e profissionais de saúde
Dimensão Comunitária do Idoso que Reside no Abrigo	Vivências comunitárias com os outros residentes
	Vivências empáticas com os visitantes e a interação positiva
	A necessidade de atividades que promovam saúde mental entre os idosos

Fonte: Dados obtidos por intermédio da análise fenomenológica dos depoimentos dos participantes.

Dimensão corpórea

A vulnerabilidade física, devido à limitação do corpo, apareceu em quase todas as entrevistas caracterizadas pelo surgimento ou agravamento de doenças crônicas e a incapacidade ou dificuldade de locomoção, sendo esse o principal motivo da ida para o abrigo. O que deu origem a unidade de significado descrita abaixo.

Percepções das limitações do corpo como motivo da ida para o abrigo

Edith Stein (2000) propõe um olhar integralizado do ser humano, ou seja, deve-se levar em consideração que cada indivíduo é constituído pela estrutura tríplice compreendida pela corporeidade, psique e espírito. Assim, para compreender e analisar a vivência do idoso no abrigo deve-se reconhecer o corpo como elemento primordial para se ter a percepção do mundo circundante. O ponto de partida deve-se iniciar pela análise do corpo vivo para seguir desvelando as outras duas facetas: a psique e a espiritual (NUNES; BARREIRA, 2010; ALES BELLO, 2004).

Uma das funções da dimensão corpórea é sua capacidade de exprimir sua vida interior, através do qual cada um sente e experimenta seu corpo (STEIN, 2000). E o primeiro contato com os participantes se deu pela fala espontânea da vivência no abrigo marcada pelas percepções das limitações do corpo. O entrevistado 7 (E7) afirma que após seis derrames seu corpo não apresentava mais força para trabalhar no garimpo, e ele coloca que:

Esse derrame atrapalhou demais a minha vida, eu estava trabalhando no garimpo agora não posso mais trabalhar, passei três anos no (Hospital) Coronel Mota. Aí não pude mais voltar para o garimpo, à força (...) não dá mais para trabalhar no garimpo levantando a pá. O trabalho é duro, é forte. O sujeito trabalha no sol quente, na chuva, às vezes você vai trabalhar com uma bomba com água. Você sai com o corpo tremendo de frio (E7, 72 anos).

O entrevistado 1 afirma que após ficar 7 (sete) meses internado no Hospital, recebeu alta e não tinha como trabalhar para pagar o aluguel do quarto que morava devido seu estado de saúde debilitado. Ele diz: “[...] *Eu morava sozinho e pagava aluguel, mas aí eu andar com as duas pernas desse jeito, prá eu voltar pra lá com a vista ruim, prá fazer as coisas não dá [...]*” (E1, 74 anos).

O mesmo entrevistado em um momento posterior da entrevista relata que só foi para o abrigo por causa de suas dificuldades de locomoção e problema na vista e não devido sua idade. Ele diz: “[...] *na idade que eu tô se não fosse esses problemas nas pernas e a minha vista eu estava trabalhando em qualquer serviço porque resistência eu tenho, mas como não dá vou ficar assim mesmo, mas tá bom [...]*” (E1, 74 anos).

O segundo entrevistado relata que morava sozinho e devido sua dificuldade física se sentia vulnerável a tentativa de roubo, visto que casos como esse já haviam ocorrido nas proximidades do seu lote. Alega ter ouvido passos de possíveis ladrões e após esse e outros episódios decidiu abandonar sua casa indo para o abrigo na tentativa de buscar proteção. Ele diz:

Eu morava sozinho e a primeira vez que eu vi foi uma lanterna acesa perto do meu barraco, pisando sutil aí passou, quando foi outra vez eu vi de novo (E2, 77 anos). A respeito disso ele ainda diz: [...] *Essa minha perna não é mais como era e assim por diante. Eu fazia caminhada e corria quando eu queria, agora se eu for fazer isso aqui eu caíu. Agora eu andando ninguém nota isso, mas eu noto o fracasso na minha perna (E2, 77 anos).*

O entrevistado 9 afirma que teve um acidente vascular cerebral e quando acordou já estava no abrigo, apesar de não decidir ir para o abrigo teve que ficar lá por falta de opção para onde ir e devido a incapacidade de trabalhar. Segundo ele: “*Eu não decidi, eu estava muito doente, estava quase inconsciente aí tive um AVC e ele me trouxe e eu acordei aqui e estou até hoje. Fiquei muito doente e não tive mais condições de trabalho que eu tinha para aferir o ganho que eu tinha [...]*” (E9, 88 anos).

É importante compreender como o idoso vivencia sua dimensão corpórea, pois através dos relatos de sua singularidade corporal é possível vislumbrar a percepção que ele tem de si mesmo, diante de suas limitações e suas potencialidades, o que tem relação com sua autoimagem e autoestima, influenciando direta na forma como se relaciona com os demais idosos que residem no abrigo e consigo mesmo.

Outro eixo temático analisado se refere ao acolhimento promovido pelo abrigo que é considerado, segundo o relato dos entrevistados, como fonte de apoio instrumental e material, sendo de grande importância para a recuperação da saúde física e garantia de segurança.

O acolhimento institucional como fonte de cuidados a saúde

Conforme Wills (1985), o apoio instrumental definido como apoio tangível ou material, envolve diversas atitudes, desde a ajuda física, auxílio no cotidiano, realização de tarefas para os indivíduos que estão fisicamente incapacitados, até a ajuda financeira ou material. O principal apoio fornecido pela instituição, segundo os idosos, refere-se à moradia e aos cuidados à saúde, e a maioria dos idosos relatou estar satisfeitos com o apoio recebido pela instituição, principalmente no que se refere aos cuidados relacionados à saúde. O entrevistado 2 disse: “[...] *Aqui está bom, eles me dão os remédios, sempre eles tem o cuidado de me dá os comprimidos aí, aqui acolá faço uma consulta porque tem médico aqui e isso aí corre bem [...]*” (E2, 77 anos). Outros entrevistados compartilharam da mesma sensação de acolhimento na instituição:

[...] foi bom, elas me trouxeram e arrumaram tudo pra mim, elas conhecem tudo aqui e foi boa. Eu faço o tratamento dos nervos e do alcoolismo. Acompanhamento com a psicóloga. [...] O tratamento é excelente, aqui pra mim não falta nada não, é excelente [...]. (E5, 65 anos).

[...] aqui a gente tem os medicamentos todos os dias, tem as pílulas pra gente tomar o medicamento da gente. Aí quando a gente tá sentindo qualquer coisa que a gente sente uma dor no braço, uma dor na perna, eu falo que estou com uma dor aqui e se for grave eles levam a gente pro hospital, aí lá eles examinam a gente se é grave eles dizem que tem que comprar os remédios [...]. (E7, 72 anos).

Segundo as Diretrizes para o Cuidado das Pessoas Idosas no SUS, o cuidado a pessoa idosa deve ser orientado a partir da funcionalidade global, contemplando a dimensão social, clínica, mental e funcional, considerando o risco de fragilidade existente e seu grau de dependência, buscando sempre a autonomia (capacidade de decisão) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). A funcionalidade global é baseada no conceito de saúde da pessoa idosa, definida como a capacidade de gerir a própria vida e cuidar de si mesmo.

O envelhecimento ativo e a promoção de saúde física e mental devem ir além dos cuidados físicos e do acolhimento. Deve levar em consideração e incentivar, respeitando o estado debilitado de cada um, a capacidade da tomada de decisão do indivíduo relacionada à sua dimensão espiritual garantindo sua participação ativa na recuperação de sua saúde e no seu curso de sua vida (ALES BELLO, 2004, 2015). De acordo com a Política de Envelhecimento Ativo (WHO, 2005), deve-se incentivar a participação contínua dos idosos nas questões econômicas, culturais, civis, reconhecendo-o como sujeito de direito, garantindo assim a autonomia.

Ser ativo significa ter domínio da sua dimensão espiritual que está relacionado à capacidade do indivíduo de ter a liberdade em tomar decisão e escolher. É importante promover e incentivar a vida espiritual do indivíduo, visto que o apoio social também pode ter efeito negativo na vida do idoso, a partir do momento em que a pessoa perde a autonomia de si mesma, podendo aumentar ainda mais sua percepção de invalidez e de incapacidade ao se vê submetida obrigatoriamente ao cuidado de outros. Foi possível perceber esse sentimento na fala do entrevistado 1 ao afirmar:

Eu falo para eles (se referindo aos funcionários) de mim vocês ainda não estão cuidando não, vocês podem até cuidar de mim, mas se não fosse esse problema eu não estaria aqui não, eu estaria trabalhando, meu problema é da vista e das pernas, mas se não fosse isso eu estaria trabalhando (...) mas a situação é dura (E1, 74 anos).

Para Ramos (2002), o efeito negativo do apoio social na saúde está associado a uma excessiva dependência do idoso para com os cuidadores. Quando o idoso percebe que começa a receber mais ajuda do que pode retribuir, pode ocorrer um sentimento de peso e invalidez, aumentando sua insatisfação favorecendo o estresse e podendo ser motivo do desenvolvimento de transtornos mentais, tal como a depressão. O apoio social como fonte de promoção da saúde física e mental deve ocorrer de forma equilibrada com a participação do indivíduo no seu processo de recuperação, mesmo que seja de forma mínima, contribuindo assim para um sentimento integração social e participação ativa nas decisões da sua vida.

Outro assunto tocado pelos idosos refere-se à família, no qual a maioria dos idosos afirmou ter deixado os pais, irmãos, filhos em outro estado vindo para Roraima com a ilusão de ganhar dinheiro de forma rápida no garimpo. Alguns, ao chegarem à Boa Vista-RR, não conseguiram trabalho no garimpo e os que conseguiram tiveram que deixar devido a problemas de saúde, ou quando a Polícia Federal proibiu a extração do ouro.

A família é considerada a principal rede de apoio para a execução do cuidado, principalmente no caso de idosos com capacidade funcional diminuída, podendo contribuir em todas as funções desse constructo desde o apoio material, apoio de informação, interação social positiva e apoio emocional. Através das entrevistas, foi possível perceber que os idosos relatam a necessidade do apoio familiar principalmente no que se refere ao apoio emocional. Apenas um entre os idosos afirmou contar com o apoio familiar, graça a sua filha e ex-esposa ele está conseguindo fazer o tratamento contra o álcool, como coloca abaixo:

Elas quem estão dando ajuda a meu tratamento, todo o apoio, né? E sem a ajuda delas eu não conseguiria, mas com ajuda dessa minha família, elas quem fizeram tudo, me arrastaram pra cá. Foram lá e quando viram a minha situação me falaram: Vamos, vamos com a gente ficar perto da gente que o senhor vai ser tratado lá (E5, 65 anos).

Já o entrevistado 9 afirma sentir saudades da família e que se pudesse voltaria a morar com ela, porém perdeu o contato com o único irmão que tem vivo, como alega abaixo:

Quando eu saí de casa meu pai já tinha morrido, minha mãe estava velha, um irmão que eu tinha morreu também aí ficou só o mais novo e eu nunca mais tive contato com ele. Sempre que eu lembro eu sonho com os dois juntos, meu pai e minha mãe. Se eu pudesse iria morar com minha família, mas eu não tenho mais contato com eles (E9, 88 anos).

Sozinho o ser humano não se desenvolve e nem consegue se realizar em toda a sua plenitude, e é por esse motivo a importante do mesmo se sentir pertencente a uma comunidade, que por sua vez é caracterizada como um espaço onde seus membros são capazes de assumirem responsabilidades em comum, onde também cada entrevistado sente sua liberdade e valorização da mesma forma como respeita a liberdade do outro. Essa vivência em comunidade possibilita o encontro com a realização individual (ALES BELLO, 2000, 2006, 2014).

Porém, como afirma Reinaldo (2008), a comunidade pode tornar-se para o idoso o seu ambiente familiar, onde ele pode elaborar seus projetos de vida, ressaltando que o modo de viver nesse ambiente se torna indispensável para o seu processo de saúde física e mental. Podendo oferecer condições necessárias para sua recuperação, quando tratado com compreensão, flexibilidade e sem a perda de sua individualidade.

Foi possível perceber que alguns idosos logo após falarem sobre sua família afirmaram encontrar uma fonte de apoio emocional para superar as dificuldades apoiados em sua fé. Dando origem a unidade de significado abaixo.

Apoio Emocional

A dimensão religiosa como fonte de apoio

Segundo Husserl (*apud* ALES BELLO, 2006, 2015), todas as nossas ações indicam que temos uma limitação e por isso somos conscientes dela. Entretanto, desejamos não ter limites ao comparamos nossa limitação com algo sem fim. Assim, pode-se dizer que existe no ser humano algo que nos transcende e o conhecimento dessa transcendência está em nós, na certeza de que deve existir algo absoluto. É da crença nessa força absoluta que superamos nossa limitação que o entrevistado 1 busca se conformar e ao mesmo tempo deposita esperança na sua cura, no qual expõe que:

Se eu tô assim, é porque tinha que acontecer, quando a gente tem que passar por uma coisa acaba passando, mas a fé em Deus nunca acaba. Se eu tô assim, Ele tem poder e de uma ora pra outra Ele pode fazer minha vista ficar boa de novo, custa é a pessoa ter o merecimento, mas eu tô bem, graças à Deus” (E1, 74 anos).

O entrevistado 10 afirma encontrar força todos os dias através de sua fé para continuar vivendo, ele diz:

Eu sou um homem de muita fé, sem fé a gente não vive e a minha fé não só me ajuda, me mante, me sustenta me inspira, me conduz e eu sou um homem de muita fé e só acredito em Deus. Normalmente eu converso muito com Deus, eu fico quieto na minha cama conversando com ele e peço alguma coisa e eu não vivo sem Deus, e na minha vida toda ele colocou sua vida por cima de mim (E10, 86 anos).

As vivências empáticas com os trabalhadores e profissionais de saúde.

A empatia é um sentir o outro, são vivências comuns porque fazem parte da constituição humana como recordar, refletir, perceber, mas reconhecer essa vivência empática não significar ter que vivenciá-las da mesma forma, pois cada ser humano vivencia de uma forma única e pessoal, ou seja, a vivência é comum, mas o vivenciar é singular e pessoal (CARNEIRO, 2011).

Dessa forma, a empatia é a condição que possibilita a constituição do indivíduo próprio e também da sua relação com o outro. Para Stein, o fio condutor dessa relação seja ela como pensamento, seja como ação, parece ter sua origem e seu desenrolar na intersubjetividade, a empatia (*Einfühlung*), ou seja, na comunhão consigo e com o outro, com o estranho, com o diferente (SILVA, 2014).

Nessa categoria foi possível identificar na fala dos idosos a necessidade de relações empáticas principalmente em formar afeto e no sentimento de se sentir querido e respeitado diante de determinados comportamentos e atitudes de carinho e afeição fornecidos pelos trabalhadores e profissionais da saúde do abrigo, o que demonstrou a necessidade por partes dos idosos de receber dos funcionários não só o apoio material, mas também o apoio emocional não fornecido por seus familiares. Os entrevistados afirmaram:

[...] a minha relação com eles é boa, todos demostram gostar de mim, eu não tenho raiva, não tenho nada a dizer de nem um, me alegro com todos da casa, todos gostam de mim graças a Deus [...]. Tem uns deles que eu sou mais chegado e tem umas que são mais chegadas comigo, todo canto que a gente tá tem [...]. (E1, 74 anos).

As meninas no começo eram meio assim, as mulheres que trabalham aqui eram meio assim comigo, agora não, agora é eduardinho pra cá, eduardinho pra lá, e graças a Deus eu tenho me dado bem em todo lugar que eu moro. Graças a Deus, nunca me dei mal (E8, 94 anos).

Conforme Amarante (2011), é importante nos serviços de atenção psicossocial o estabelecimento de vínculos afetivos e profissionais com as pessoas para que se sintam ouvidas e cuidadas, além de perceber a disposição dos funcionários em ajudá-los no dia a dia. A relação com os outros idosos residentes também apareceu como fonte de apoio social onde foi possível perceber a ocorrência de troca de ajuda no cotidiano, o que Stein denomina de vivências comunitárias.

Dimensão Comunitária do Idoso que Reside no Abrigo

Vivências comunitárias com os outros residentes

A relação com os demais residentes também aparece na fala dos entrevistados e foi possível perceber a cooperação mútua entre eles, o que é característico da rede de apoio onde o indivíduo recebe ajuda e também fornece. Os entrevistados relataram:

[...] tem um lá que dorme em uma cama e eu na outra e os pés dele lá sou eu. Ele se levanta mais não caminha, se levanta e sai agarrado, ele é cadeirante aí ele começa a chamar às enfermeiras, mas às vezes elas estão longe e eu vou lá e aviso que ele está chamando. Quando ele quer água ele me pede, ele só bebe água quando eu dou (risos) (E2, 77 anos).

[...] aqui todo mundo se ajuda, quando um quer uma merenda ou comida diferente à gente junta todos os parceiros, junta o dinheiro e fazemos uma ficha e um vai comprar [...] (E4, 74 anos).

[...] tá com dois dias que eu cai no banheiro. Uma vez o Pedro (companheiro de quarto) me ajudou a levantar do banheiro até que chegaram os funcionários e outra vez ele me levantou da cama também [...] (E8, 94 anos).

Para Ishara, Cardoso e Loureiro (2013), na perspectiva fenomenológica ressalta que é através dessa abertura ao outro, em uma relação recíproca, onde a pessoa percebe-se ajudada e ao mesmo tempo fornece auxílio por meio da sua força vital, que ocorre a verdadeira vivência comunitária. Segundo Stein citado por Ishara; Cardoso; Loureiro (2013), o processo de formação da pessoa humana é constituído a partir das vivências em comunidade, onde a pessoa tanto recebe e se apropria das relações comunitárias como pode participar de maneira ativa e criativa. Essas vivências podem ser uma das principais potencialidades do humano e nessa perspectiva afirma que a comunidade não se resume na junção de pessoas, mas na contribuição de cada indivíduo para a formação comunitária.

O conceito de comunidade para Edith Stein, interpretada por Ales Bello (2006), é quando um entrevistado percebe e aceita o outro também como pessoa, convivendo juntos, e ambos determinados por temas vitais mútuos, pode se considerar que os mesmos vivem e formam uma comunidade caracterizada pelo fato de que os seus membros assumem a responsabilidade recíproca, predominando sempre o sentimento de solidariedade.

Outra função de apoio social encontrado no abrigo refere-se à interação positiva que diz respeito à disponibilidade de se divertir relaxar, distrair e fazer coisas agradáveis com outras pessoas. Podendo aprofundar para uma relação que envolva sentimentos mais íntimos de afeto transformando-se em uma fonte de apoio emocional, mas isso envolveria uma frequência na relação para a formação de vínculos e intimidade o que não ocorre em todos os casos relatados.

Vivências empáticas com os visitantes e a interação positiva

A vivência empática é uma experiência de percepção que nos permite reconhecer a presença de outro ser humano diante de nós, outro ser humano que se assemelha e se apresenta não só por sua presença física, mas também por sua subjetividade, da qual a empatia favorece na sua forma de captar o que ele está vivenciando (CARNEIRO, 2011).

Para a maioria dos idosos essa vivência empática através da interação positiva em momentos de descontração e entretenimento ocorre de forma esporádica através de conversas e/ou atividades desenvolvidas por ação social, acadêmica ou apenas com algumas horas de

conversa com algum visitante. Nesse momento os idosos têm a oportunidade de contar um pouco sobre sua história de vida e sobre seu cotidiano.

[...] sempre que a gente pensa que não chega alguém aí nos visitando, alguns vêm com destino e acaba visitando todos os velhos. Eu estou te considerando como uma visita e todos que vem, a gente acha de mais bom. A gente está aqui que nem eu estava aqui agora parado sem fazer nada aí chega uma criatura e se senta do meu lado que nem nós estamos agora, isso é uma benção, não é?! E quando chegam as visitas é desse jeito, com esses daqui a gente já faz, é rotina. Às vezes a gente se senta um do lado do outro e nem conversa porque não tem o que e pronto. Outros já são meio calados mesmo e quando vem a visita a gente já sabe que é para conversar com a gente mesmo. Chega cumprimenta a gente, bate um papo e pergunta as coisas e a gente conta, acha engraçado e depois vão embora e gente fica esperando aparecer outros [...] (E2, 77 anos).

O mesmo entrevistado afirma ainda que no abrigo descobriu a capacidade de escrever poemas e que sempre costuma mostrar seus escritos para os visitantes ficando ainda mais motivado a escrever, como é possível observar através de sua fala:

Eu tenho assim uma veia poética e eles são admirados por mim porque eu não disse que era nada disso, mas eu gosto de escrever e aqui não tem nada pra fazer mesmo. Às vezes eu pego o rádio e fico sentado em um banco lá pra fora e só. E só o que a gente faz aqui é se entreter com algumas coisas, conversa uns com os outros, escutar som, escrever, alias só quem tem essa rotina de escrever aqui sou eu (E2, 77 anos).

Para Carneiro (2011), a partilha da vivência com outra pessoa, principalmente, através da comunicação, possibilita a criação de sentido original constituído o seu pensar e refletir. Vivenciando o pensar através da relação com o outro ser humano é impulsionado a continuar a pensar o que garante uma produção originária da qual abre um novo complexo de conexões de sentido global. No caso dos entrevistados aqui apresentados a falta de relações empáticas e comunicação com outras pessoas pode ser um fator decisivo uma diminuição de suas capacidades cognitivas e consequente adoecimento.

Dois entrevistados relataram que gostam das ações sociais que ocorrem uma vez por mês, segundo eles: *“Tem um grupo que traz brinde pra agradar os idosos, sabonete e essas coisas assim. A gente se dá bem que só com eles”* (E4, 74 anos).

[...] todo fim de mês, quase, têm uma empresa grande, vem chega aqui e junta muita gente e ela dá merenda, quase um almoço porque é salgadinho, bolos de todos os tipos de festas, refrigerante, chocolate, graças a Deus. Eu agradeço muito a Deus por essas pessoas [...]. (E5, 94 anos).

Já o entrevistado 7 demonstra sua necessidade de abertura ao afirmar que possui autorização para sair diariamente e ir conversar com os amigos, uma vez que não costuma receber visitas no abrigo *“Essa autorização não acaba não, abriu o portão eu estou vazando, vou lá pra feira do produtor ir e voltar, todo dia. Às vezes quando eu chego lá encontro algum conhecido aí eu converso um pouco, eu vou e volto, é uma hora pra ir e pra voltar”* (E7, 72 anos).

Diferente do entrevistado acima, que tem capacidade de sair da instituição para interagir com outras pessoas, a maioria dos idosos não tem essa liberdade devido sua condição de saúde debilitada. O entrevistado 10 conta sobre a importância das visitas, ele diz: *“Eu acho importante porque a gente está sempre solitário aí vem alguém e conversar com a gente. Outro dia veio um grupo de estudantes e agitaram isso aqui, cantaram, tocaram, a gente riu e se divertiu bastante, foi muito bom”* (E10, 86 anos).

Minha relação com minha família é boa. Meu marido teve um AVC e faleceu. Desde então eu morava sozinha. Até que uma das minhas filhas me ligou e me convidou “pra” morar com ela. Aí eu vim. Então quando eu estou em casa gosto de

ficar com o meu neto, já que minha filha passa o dia fora e só chega à noite (P3, 75 anos, sexo feminino).

Conforme enfatizado por Ishara, Cardoso e Loureiro (2013), a abertura às singularidades que se revelam nas experiências ao outro proporciona descobertas de novas habilidades e possibilidades entrando em contato consigo mesmo e valorizando suas competências antes desconhecidas. Foi possível perceber a descoberta de novas capacidades no relato do entrevistado 2 que desenvolveu uma capacidade de escrever poesias, por outro lado, na maioria das entrevistas ficou visível a necessidade de atividades dentro do abrigo, visto que a maioria afirmou que sua rotina se resume em acordar, comer, ficar sentado e ir dormir. Conforme Carneiro (2009), o ser humano não pode ser considerado uma mônada fechada, mas precisa constantemente manter sua abertura ao mundo e ao outro, e isso significa fazer trocas intersubjetivas.

A necessidade de atividades que promovam saúde mental entre os idosos

Constatou-se nas falas dos idosos que existe um sentimento de solidão, além de comportamentos de isolamento agravado por uma rotina que no momento não promovem nenhum tipo de lazer com interação e descontração. Embora, existe a possibilidade de ir frequentar oficinas em outra instituição governamental na qual o abrigo disponibiliza um transporte. A maioria dos idosos não apresentou interesse em participar. Quando perguntados sobre suas rotinas na instituição, eles afirmaram:

Eu procuro está sozinho por um canto mesmo, meu lugar é esse. Eu não converso muito e eu vou vivendo né. Minha rotina aqui é só comer andar e deitar (E1, 74 anos). Eu aqui não faço nada, algumas vezes que eu saio à rua quando preciso. Eu como, bebo, escuto a rádio e é isso [...] (E3, 70 anos).

Minha rotina é do jeito que você está vendo aqui, eu fico aqui sentado aí daqui eu vou pra janta daqui a pouco e de lá eu vou para o quarto ajeito minha cama e me deito caladinho. Quando é cinco horas eu me levanto pra ver se tem água, café ai depois eu volto e meu trabalho é esse (E4, 74 anos).

Para Fernandes (2007), o sentimento de solidão apresenta-se como um grave problema para os idosos podendo propiciar um declínio da saúde mental, visto que essa emoção pode está ligada a quadros depressivos, tentativas ou ideação suicida. Segundo Amarante (2011), os serviços de atendimento devem contar com dispositivos estratégicos, servindo como um lugar de acolhimento, de cuidado e de trocas sociais, sendo visto como um local de socialização de produção e manutenção de subjetividades e não como um local de isolamento social.

Os resultados deste estudo aproximaram da pesquisa com idosos pertencentes do Programa Girassol oferecido pela UFRR (Espíndula e Ferreira, 2017) ao mostrar que a pessoa idosa precisa assumir às circunstâncias ameaçadora à sua integridade: consciência da finitude, aceitação das perdas físicas, psicológicas e sociais, mas percebendo-se com possibilidades de se relacionar com novas pessoas, desenvolver novas aprendizagens e experimentando situações novas. Esses aspectos favorecem a promoção de saúde mental que pode auxiliar os profissionais mesmo diante do desafio de lidar com idosos institucionalizados, em estado de vulnerabilidade e normalmente sem família.

A Organização Mundial de Saúde (2015), citado por Espíndula e Ferreira (2017), assinala diversos aspectos que podem favorecer risco a saúde mental do idoso, entre eles:

“condições de trabalho estressante, rápidas transformações sociais, estilo de vida não saudável, violência e violação dos direitos humanos e exclusão social. A promoção de saúde mental inclui ações que deixem às pessoas adotar e cultivar estilo de vida saudável” (p.10).
Considerações Finais

O presente estudo teve como objetivo compreender as contribuições das redes de apoio para a saúde do idoso em uma Instituição de Longa Permanência Para Idosos-ILPIs. A principal fonte de apoio provém dos cuidados profissionais e a ajuda recebida pelos outros residentes. Constatou-se que a instituição cumpre o seu papel no que se refere ao apoio material no acolhimento e no cuidado a saúde. Além disso, alguns idosos demonstraram encontrar nos funcionários uma fonte de apoio emocional. Por outro lado, percebeu-se a necessidade de atividades que promova a autoestima e motivação, principalmente devido à diminuição da capacidade física, além de atividades recreativas tendo em vista que todos os entrevistados relataram uma rotina monótona nas atividades diárias, segundo eles “resumida apenas na alimentação e no sono”.

A visita da comunidade à instituição apresentou grande contribuição para a saúde mental do idoso, visto que através dela ocorrem os momentos de interação social, entretanto, foi possível perceber que a frequência e diversidade de contatos dos residentes com pessoas fora do abrigo podem ser consideradas pequenas e em alguns casos inexistente, sendo assim tais visitas podem ser consideradas como uma fonte de apoio instável, podendo também gerar efeitos negativos na saúde mental, além do sentimento de abandono diante da incerteza de quando receberão novamente outra visita. Conforme Tessari (2009), promover para os idosos momentos de lazer, interação social positiva e o desenvolvimento de hobbies e interesses diversos são importantes para manter uma mente ativa e saudável.

A utilização da fenomenologia nesse estudo mostrou-se apropriada principalmente por seu olhar integral do ser humano, que vai além de suas limitações. Essa perspectiva acessa a vivência daquilo que se dá no campo da imanência da consciência. De acordo com as narrativas dos entrevistados foram possíveis descrever os encontros significativos para o desenvolvimento e manutenção da saúde mental dos idosos participantes, principalmente ao descrevem seus sentimentos/valores de pertencimento, solidariedade e dignidade.

REFERÊNCIAS

ALES BELLO, A. **A fenomenologia do ser humano**: traços de uma filosofia do feminino. Tradução de Antonio Agnose. Bauru, SP: EDUSC, 2000.

_____. **Edith Stein**, *La struttura della persona umana*. Roma: Città Nuova (2000). (Trabalho original publicado em 1932-1933).

_____. **Fenomenologia e Ciências Humanas**. Tradução de Miguel Mahfoud e Jacinta Turolo Garcia. Bauru, SP: EDUSC, 2004.

_____. **Introdução à Fenomenologia**. Bauru, SP: EDUSC. 2006.

_____. **Edith Stein: a paixão pela verdade**. Tradução de José J. Queiroz, Curitiba: Juruá, 2014.

_____. **Pessoa e comunidade**: comentários à Psicologia e Ciências do Espírito de Edith Stein. Tradução de Miguel Mahfoud e Jacinta Turolo Garcia. Belo Horizonte: Artesã, 2015.

- AMARANTE, P. Saúde Mental na atenção psicossocial. In: GIOVANELLA L. et al. **Temas em saúde**. 3a ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.
- BRASIL. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS). **Diário Oficial da União**. Brasília: DF, 08 dez. 1993.
- CARNEIRO, S. F. B. Vivência comunitária em Edith Stein. **Revista Acadêmica da Prainha**, v.8, n.2, p. 271-288, 2012.
- CARNEIRO, L. C. **Religiosidade e Qualidade de Vida em Idosos Institucionalizados**. 2009. 103p. Dissertação (Mestrado em ciências das religiões). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2009.
- FERNANDES, J. H. **Solidão em idosos do meio rural do conselho de Bragança**. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto, 2007.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2012.
- GIORGI, A; SOUSA, D. **Método fenomenológico de investigação em Psicologia**. Lisboa: Fim de século, 2010.
- HOLANDA, A. F. Questões sobre pesquisa qualitativa e pesquisa fenomenológica. **Análise Psicológica**, v.24, n. 3, p.363-372, 2006.
- IBGE. **Primeiros resultados definitivos do Censo 2010: população do Brasil é de 190.755.799 pessoas**. Comunicação Social, abr. 2011. Disponível em: <<http://saladeimprensa.ibge.gov.br/noticias?view=noticia&id=1&busca=1&idnoticia=1866>>. Acesso em 08 de mai. 2015.
- ISHARA, S; CARDOSO, C; LOUREIRO; S. R (Orgs.). **Grupo comunitário de saúde mental: conceitos, delineamento metodológico e estudos**. Ribeirão Preto, SP: Nova Enfim, 2013.
- LACERDA, A. **Apoio social e a concepção do sujeito na sua integração entre corpo-mente: uma articulação de conceitos no campo da saúde pública**. 101p. Escola Nacional de Saúde Pública, Dissertação de mestrado, Rio de Janeiro. 2002.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral**. XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf>
- MOREIRA, V. Da empatia à compreensão do lebenswelt (mundo vivido) na psicoterapia humanista fenomenológica. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 59-70, março 2009. doi:10.1590/s1415-47142009000100005
- NUNES, I. P; BARREIRA, C. R. A. Algumas facetas da corporeidade em Edith Stein: contribuições para um novo horizonte do estudo da corporeidade. In: IV Seminário Internacional de pesquisa e Estudos Qualitativos- SIPEQ. 2010, Rio Claro. **Anais...** Disponível em: <<http://www.sepq.org.br/IVsipeq/anais/artigos/53.pdf>>. Acesso em 19 de ago. de 2016.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Tradução de Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf>. Acesso em 10 de fev. 2015.

- RAMOS, M. P. O apoio social e a saúde entre idosos. **Sociologias**, Porto Alegre, v.4, n.7, p.156-175, 2002. doi:10.1590/s1517-45222002000100007
- REINALDO, A. S. Saúde mental na atenção básica como processo histórico de evolução da psiquiatria comunitária. **Rev Enferm.**, v.12, n.1, p.173-178, mar. 2008. doi:10.1590/s1414-81452008000100027
- ROSA, T. E. C. et al. Aspectos estruturais e funcionais do apoio social de idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.12, p.2982-2992, dez. 2007. doi:10.1590/s0102-311x2007001200019
- SILVA, U. R. da. O conceito de corpo-próprio em Edith Stein e em Merleau-Ponty. In: III Seminário Nacional de Educação, Diversidade Sexual e Direitos Humanos. **Anais...** Vitória, 2014. Disponível em: <www.2014.gepsexualidades.com.br/.../1404077101_ARQUIVO_artigo2014espiritosa>. Acesso em 28 de fev. 2016.
- SILVA, M. C. O processo de envelhecimento no Brasil: desafios e perspectivas. **Textos sobre Envelhecimento**, v. 8, n.1, 2005. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/scielo.phpscript=sci_arttext&pid=S151759282005000100004&lng=pt&nrm=isso>. Acesso em 10 de fev. 2015.
- TESSARI, O. I. **Qualidade de vida na terceira idade**. Disponível em: <<http://www.riototal.com.br/feliz-idade/psicologia04.htm>>. Acesso em: 18 de ago. de 2016.
- VALLA, V. V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, p.S7-S14, 1999. Suplemento 2. doi:10.1590/s0102-311x1999000600002
- WILLS, T. A. Supportive functions of interpersonal relationships. In: S. Cohen; S. L. Syme (Orgs.). **Social Support and Health**. London: Ed. Academic Press, 1985. p.61-82.

12. O MÉTODO FENOMENOLÓGICO E A PESQUISA EM PSICOLOGIA DA SAÚDE EM MANAUS/AM

Ewerton Helder Bentes de Castro

INTRODUÇÃO

Este capítulo surge como resultado de apresentação no Seminário de Fenomenologia, onde apresentei pesquisas desenvolvidas na cidade de Manaus, utilizando o método fenomenológico de pesquisa em Psicologia, na área da Saúde.

Para que o leitor possa compreender a dimensão de como trabalho a pesquisa na Faculdade de Psicologia da Universidade Federal do Amazonas, se torna necessário temporalizar, como ressaltou Heidegger (1927/2013), em sua obra *Ser e Tempo*. Pois bem, o início desta jornada, remonta à minha entrada, enquanto aluno, no Curso de Psicologia – vale lembrar que à época, estava na coordenação do Curso de Odontologia, na mesma universidade. E, na disciplina de Ética em Psicologia, ocorre o inesperado: o docente, na primeira aula, lança uma carteira no meio da sala e pergunta – esta carteira é carteira porque ela tem essa função ou ela é carteira, porque disseram que ela é carteira? A turma silenciou. Entro em contato com a Fenomenologia.

Terminada a faculdade, adentro pelo Doutorado. E a Fenomenologia se torna o corpus teórico com o qual decido trabalhar. Enveredo pela teoria. E Martin Heidegger é escolhido por mim para analisar o material do Doutorado. E isso era 2006. A partir daí o mergulho cada vez mais profundo na Fenomenologia me levou a Maurice Merleau-Ponty, Paul Ricoeur, dentre outros autores.

O retorno às atividades docentes, levou-me a desenvolver atividades relacionadas a pesquisa em Trabalhos de Conclusão de Curso, Dissertação de Mestrado, Iniciação Científica. Explicitada a história de minha imersão na Fenomenologia, o texto apresentará: o método fenomenológico de pesquisa em Psicologia, alguns estudos orientados e as considerações finais.

O MÉTODO FENOMENOLÓGICO DE PESQUISA EM PSICOLOGIA: à guisa de conhecimento

A pesquisa fenomenológica pode ser compreendida como uma forma de pesquisa qualitativa que “designa o estudo do vivido, ou da experiência imediata pré-reflexiva, visando descrever seu significado; ou qualquer estudo que tome o vivido como pista ou método. É a pesquisa que lida, portanto, com o significado da vivência” (AMATUZZI, 1996, p.05). A pretensão de uma pesquisa fenomenológica de base husserliana seria, portanto, conhecer melhor determinado objeto – objeto da experiência consciente –, no caso da Psicologia, um mundo vivido comum, situado em redes significativas associadas. Assim, a Fenomenologia, em busca da experiência vivida, como fundamento teórico e metodológico, apresenta-se como um modelo adequado para as ciências humanas, sociais e da saúde quando estas buscam investigar o sujeito em seu contexto de vivência, tendo o homem como protagonista de sua própria vida e, principalmente, considerando o olhar muito próprio que este lança às suas experiências cotidianas.

No intuito de compreender essa vivência, o método fenomenológico utiliza como elemento primordial a entrevista fenomenológica, onde o critério fundamental é, tanto quanto

possível, obter descrições tão detalhadas e concretas das experiências dos participantes. Para isso, aquele que está na condição de pesquisador, deverá se certificar da adequabilidade das descrições, assegurando-se de que a partir destas é possível originarem-se diferentes estruturas de significados de caráter psicológico, acerca do tema de estudo. Neste momento, torna-se importante a descrição ser específica e concreta tanto quanto possível, e estar relacionada não tanto ou apenas com racionalizações apresentadas pelos participantes da pesquisa, mas com a subjetividade incorporada, tal como é experienciada na vida cotidiana.

O método é efetivado seguindo os seguintes passos: Transcrição íntegra e literal das entrevistas; a redução fenomenológica; análise eidética variação imaginativa livre. A análise propriamente dita dos dados obtidos, seguem a seguinte normatização: a) Estabelecer o sentido do todo: quando é feita a transcrição íntegra e literal das entrevistas com o objetivo principal de obter um sentido da experiência na sua globalidade; b) Determinação das Partes: Divisão das Unidades de Significado - como o objetivo é realizar uma análise psicológica e como a finalidade última da análise é explicitar significados, usa-se esse tipo de análise como critério de transição de sentido para a constituição das partes (unidades de significado); c) Transformação da Unidades de Significado em Expressões de Caráter Psicológico - o investigador deverá ser capaz de expressar e trazer à luz significados psicológicos, que estão implícitos nas descrições originais dos sujeitos. É também nesse momento que a inter-relação entre as partes e o todo sobressai como instrumento metodológico; d) Determinação da Estrutura Geral de Significados Psicológicos - O passo final do método envolve uma síntese das unidades de significado psicológico (GIORGI; SOUZA, 2010). Essa etapa corresponde ao que Martins e Bicudo (2005) e Pereira e Castro (2017) caracterizam como a elaboração das Categorias Temáticas, e representam a síntese das unidades de significado.

Assim, todo o material obtido nas entrevistas pertinentes a cada um dos trabalhos orientados, foi tratado. A partir de agora, apresentarei cada um dos trabalhos que foram apresentados no II Seminário de Fenomenologia e Psicologia fenomenológica e II Congresso Internacional Pessoa e Comunidade, realizado na Universidade Federal de Roraima (UFRR), em setembro de 2017.

ORIENTAÇÕES REALIZADAS

Até o presente momento foram orientados - tendo como método o acima explicitado, 62 Trabalhos de Conclusão de Curso, 16 Dissertações de Mestrado; 10 Projetos de Iniciação Científica. Dada a exiguidade de páginas, elencarei apenas alguns, trazendo os resultados encontrados.

Dissertações de Mestrado:

a) Ela tem peito, a outra tem peito; sou des-peitada, muito prazer: análise compreensiva com mulheres mastectomizadas - (SILVA,2013)

A experiência da comunicação do diagnóstico do câncer de mama em mulheres instaura uma crise onde são expostas suas vulnerabilidades, como a perda de suas feminilidades. Ter o câncer de mama equivale a aproximar-se da morte, e esta sensação vem em companhia de sentimento de tristeza e desespero. Ser submetida à mastectomia traz consigo a mutilação; e

com a quimioterapia e radioterapia, a depressão pela perda dos cabelos, cílios e pelos corporais. Os problemas advindos do câncer de mama não são sentidos apenas pelas pacientes, mas também por todas as pessoas que convivem em seus meios sociais. Algumas dessas tendem a ajudar essas mulheres, e outras, simplesmente lhes abandonam. Uma rotina de separações, perdas, frustrações e mudanças são instauradas; e de onde não se imagina, surge uma ajuda muito valiosa, a do Grupo de Apoio às Mulheres Mastectomizadas da Amazônia - GAMMA. As colaboradoras da pesquisa foram dez mulheres mastectomizadas há pelo menos um ano e que frequentam o GAMMA na Fundação CECON, em Manaus, Brasil. A partir dos discursos foram apreendidas Unidades de Significados que originaram Categorias de Análise e serviram para compreender a existencialidade dessas mulheres diante do diagnóstico de câncer de mama, possibilitando a síntese compreensiva do fenômeno "ser-no-mundo-com-câncer-de-mama". O estudo revelou que a experiência do diagnóstico de câncer de mama é significada como um momento de grande impacto e geratriz de modificações acentuadas nos mais variados setores da vida: familiar, pessoal e social. A fé, a reflexão, a possibilidade de aprendizagem, o apoio familiar e o apoio do grupo GAMMA surgem como recursos de enfrentamento. Permeando esses aspectos, a vivência do tempo em seu nexo de tripartição temporal, onde passado, presente e futuro são vivenciados simultaneamente e o sentimento de culpa pela possibilidade de ter evitado a doença, conclui-se que "ser-no-mundo-com-câncer-de-mama" é uma experiência dolorosa, impactante, plena de mudanças radicais, mas com possibilidades de aprendizado, de luta, cura e superação.

b) O cuidar humanizado da equipe de enfermagem na UTI pediátrica: sentidos e significados - (ZACARIAS,2014)

A UTI pediátrica é um local que apresenta uma série de vivências importantes para as pessoas envolvidas no tratamento e restabelecimento das crianças que lá estão internadas. Este trabalho aborda a temática através da ótica fenomenológica, a partir do olhar do enfermeiro sobre seu próprio fazer, no seu ser-no-mundo e no estabelecimento do cuidado como forma de ocupação em sua vida. Os discursos propiciaram a elaboração das seguintes categorias: Enfermagem na UTI pediátrica: a vivência do cuidado; Experienciando a UTI: Contextos e Redimensionando a concepção de UTI. O estudo das categorias de análise apresentadas refletiu que a maioria dos discursos verbalizam sobre um cuidado emocional que está imbricado na técnica, ou seja, um cuidado que não despreza as questões da construção do saber biomédico e as construções existenciais e que envolvem os cuidadores e aqueles que são cuidados. As falas destes profissionais estão repletas de sentido do cuidar humanizado, mas também, reforçam a necessidade de apoio psicológico no que se refere à elaboração de questões psicológico-existenciais decorrentes da prática profissional. Assim, se percebe um cuidado emocional que está imbricado na técnica, um cuidado que não despreza as questões existenciais e que envolvem o cuidador e aquele que é cuidado.

c) Ser-com no voluntariado: o cuidar na perspectiva da Fenomenologia-Existencial - (ALENCAR, 2015)

O voluntariado tem recebido especial atenção desde 2001, quando a Organização das Nações Unidas instituiu como o ano do voluntariado. A adesão dessa prática aumentou

em organizações, eventos, atos e/ou trabalhos independentes. O referencial teórico na Psicologia a respeito do voluntariado é escasso e se mantém em explicar a prática sempre vinculada à saúde e com o foco na pessoa que recebe o ato e não no voluntário. Buscou-se encontrar os sentidos que os sujeitos protagonistas do voluntariado dão ao cuidado no ato voluntário espontâneo e que independe de um público só. Com a finalidade de contribuir para a literatura transmitindo a partir dos discursos, a importância do voluntariado e do cuidado para os diferentes mecanismos pessoais e relacionais, a partir dos resultados, foram construídas as categorias temáticas: “Temporalizando”, “Ser-No-Mundo-Sendo-Voluntário: A Vivência Do Cuidado E Do Cuidar”, “A dimensão do Voluntariado”, “Ressignificando” e “Ser-Voluntário”. Todas foram submetidas a Análise Compreensiva, sob a luz da Fenomenologia- Existencial de Martin Heidegger. Os voluntários trouxeram como sentido principal a vontade de fazer o bem ao outro e a necessidade pessoal de cuidar e doar-se a outra pessoa, sem outro ganho, expondo desse modo, a experiência do cuidado e sua forma mais essencial.

d) Redescobrimo o viver: sentidos atribuídos por adolescentes à experiência do diagnóstico de HIV/AIDS - (PIMENTEL, 2015)

A adolescência é um período caracterizado por contínuas mudanças, a nível físico e social, que geram implicações na construção da identidade, nas ações do indivíduo e na forma de ver o mundo, período também marcado pela adoção de comportamentos de risco e experiências de vulnerabilidade, tais como o contato precoce e de maneira despreparada com a sexualidade, acarretando em diversas situações o diagnóstico de DSTs/AIDS. A experiência da vivência do diagnóstico de HIV/AIDS com adolescentes é uma temática de extrema importância nos dias atuais, tendo em vista que, o Estado do Amazonas apresentou um crescimento vertiginoso nos últimos anos. Diante do diagnóstico, desvendar o ser-no-mundo-sendo-adolescente com AIDS significa adentrar suas vulnerabilidades e compreender as várias dimensões aí presentes. Assim, buscou-se compreender, à luz da Fenomenologia-Existencial, os sentidos atribuídos por adolescentes à experiência do diagnóstico de HIV/AIDS, o significado em seus discursos. A partir dos discursos foram apreendidas Unidades de Significados que originaram as seguintes Categorias de Análise: 1. A vivência do diagnóstico de HIV/AIDS e suas particularidades; 2. Temporalidade e diagnóstico de HIV/AIDS; 3. Ser-com-o-outro e o adolescente convivendo com HIV/AIDS; e 4. O afeto presente na vivência do diagnóstico. As categorias serviram para compreender a existencialidade desses adolescentes diante do diagnóstico de HIV/AIDS, possibilitando a síntese compreensiva do fenômeno “ser-adolescente-convivendo-com-o-diagnóstico-de-HIV/AIDS”. O estudo revelou que a experiência do diagnóstico de HIV/AIDS é significada como um momento de grande impacto e geratriz de modificações acentuadas nos mais variados setores da vida: pessoal, familiar e social. Evidenciando aqui a vivência do diagnóstico, primeiros sintomas, efeitos colaterais da medicação, conflitos emocionais e sociais, preconceito, a dor na comunicação do diagnóstico, perspectivas e preocupação com o futuro, mas com possibilidades de superação.

e) Quando a cura não se mostra alcançável: sentidos e significados da cronicidade em um diálogo entre portadores da SIDA/AIDS e Esclerose Múltipla – (ALMEIDA,2015)

As doenças crônicas – tratáveis, mas sem cura, de longa duração e de causas complexas – já respondem por 60% das mortes mundialmente, sendo o maior problema de saúde no Brasil, correspondendo a 72% das causas de morte, dessa forma necessita que a Psicologia esteja articulando novas formas de conhecimento que venham possibilitar uma melhor qualidade de vida para pessoas com esse tipo de doença. Assim, buscou-se compreender, à luz da Psicologia Fenomenológica-Existencial, a vivência de enfermidades crônicas, criando um diálogo entre os sentidos criados por pessoas vivendo com HIV e AIDS e portadores de esclerose múltipla. Como resultados foram obtidas as seguintes categorias: “Descobrir uma doença crônica e redescobrir o ser-no-mundo”, “O *ser-com* mediado pela cronicidade de uma doença” e “Meu ser que se desfaz, refaz-se”, analisadas sob o viés da Fenomenologia de Heidegger. Os entrevistados trouxeram como vivências principais o sofrimento quando do diagnóstico, a superação ao exercer o *ser-com* e ressignificação do adoecer cronicamente.

Trabalhos de Conclusão de Curso de graduação

a) Ser-adolescente com câncer: um estudo fenomenológico – (GOMES, 2013)

O câncer é uma doença crônica que compromete uma diversidade de tecidos e afeta a vida de quem é acometido e, quando surge em um adolescente várias são as modificações que se fazem presentes a partir da comunicação do diagnóstico afetando suas relações interpessoais e, conseqüentemente, sua estrutura familiar. Esta pesquisa teve como objetivo compreender, à luz da Psicologia Fenomenológico-Existencial, como adolescentes com câncer vivenciam a doença – o significado em seus discursos. Entre os objetivos específicos cita-se: compreender os aspectos causadores de maior sofrimento psíquico no enfrentamento da doença, identificar as influências da patologia sobre as características de personalidade do adolescente e conhecer as mudanças na dinâmica familiar de adolescentes portadores de câncer. Dessa forma, torna-se relevante esse estudo, uma vez que a sociedade, a família e os profissionais de saúde devem buscar compreender como estes adolescentes se relacionam com a doença, a fim de que possam ajudá-los a minimizar o sofrimento decorrente da hospitalização, terapêutica agressiva e todos os outros aspectos que envolvem ser um adolescente com câncer. Essa pesquisa é de natureza qualitativa e desenvolveu-se de acordo com os preceitos do método fenomenológico, que preconiza compreender o outro naquilo que ele traz em seu discurso e a análise foi realizada com base nos pressupostos da Psicologia Fenomenológico-Existencial. A obtenção dos dados ocorreu a partir de uma questão norteadora que sofreu desdobramentos para identificar os significados dos discursos. As entrevistas foram áudio-gravadas e posteriormente transcritas e analisadas. Os participantes da pesquisa foram dez adolescentes com diagnóstico de câncer acompanhados pelo Grupo de Apoio a Criança com Câncer (GACC) em Manaus-AM. Quanto aos resultados alcançados através desse estudo os aspectos revelados na análise do discurso dos entrevistados referem-se: ao choque diante do diagnóstico, as profundas transformações ocorridas em suas vidas, as mudanças em seu cotidiano e na dinâmica familiar, além da difícil vivência do tratamento agressivo. Outro fato analisado na fala desses jovens é a maneira como

cada um conseguiu criar estratégias de resiliência para enfrentar a enfermidade, destacaram também a importância do apoio dos familiares e amigos, da fé e dos profissionais que o cercaram durante esse período, fatores fundamentais em sua recuperação. Todos os jovens pesquisados relataram que continuam tendo sonhos e projetos e confirmam que a doença contribuiu para dar um novo sentido à vida e propiciou um processo de amadurecimento. Conclui-se que a doença modificou a vida desses jovens, ocasionando muitas perdas, além de transformar suas relações sociais, no entanto, eles também demonstraram que ao se deparar com a possibilidade da finitude é possível ressignificar a vida e abrir-se a novas possibilidades.

b) Enfrentamento do Câncer de Mama: aspectos emocionais de mulheres mastectomizadas - (SILVA, 2013)

O Câncer representa uma doença desafiadora, caracterizada pela perda do controle da divisão celular e pela capacidade de invadir outras estruturas orgânicas, assim, busca-se por tratamentos mais eficazes e com efeitos menos danosos possíveis ao paciente. Pesquisas apontam que o aumento da incidência dos diagnósticos está atribuído a diversos fatores, alguns relacionados à melhoria das condições de saúde, de higiene de parcelas significativas da população e ao avanço da Ciência, o que acarreta em diagnósticos precoces de vários tipos de câncer, refletindo então nas estatísticas tanto de novos casos quanto de óbitos. Outro ponto que merece destaque, refere-se à exposição mais expressiva do homem aos fatores de risco predisponentes ao câncer, relacionados também ao estilo de vida e a fatores genéticos. O câncer de mama por sua vez, é segunda neoplasia maligna com índices estatísticos mais elevados. Muito temido pelas mulheres, sendo pouco frequente antes dos 35 anos de idade e mais incidente acima desta faixa etária, reproduzindo danos psicológicos devastadores nas mulheres. Considerando o impacto físico e psicológico que o câncer pode desencadear nas mulheres, o suporte psicológico torna-se fundamental durante todo esse processo do adoecer, desde o momento do diagnóstico às fases seguintes ao tratamento. Tendo em vista a relevância em investigar esta temática, a pesquisa propôs-se a compreender os aspectos psicológicos, emocionais, sociais de mulheres mastectomizadas que vivenciam o enfrentamento do câncer de mama. Foram entrevistadas 10 mulheres mastectomizadas, assistidas na Fundação Centro de Controle de Oncologia do Amazonas. Foram encontrados: choque perante o diagnóstico, as constantes mudanças em suas vidas em decorrência do processo adoecer, a cirurgia de mastectomia, o enfrentamento do tratamento agressivo e seus efeitos colaterais, bem como as estratégias de enfrentamento desenvolvidas por cada entrevistada, em que o suporte familiar, o apoio social, a fé, foram de suma importância neste processo de superação. Desta forma, a doença transformou a vida de cada entrevistada, proporcionando perdas, adaptações, transformando suas relações e trazendo um novo sentido para o seu novo eu.

c) A lesão medular e suas implicações na vida do sujeito: análise compreensiva do enfrentamento, readaptação e resiliência - (MARCIÃO, 2013)

A lesão medular é resultado de um processo traumático que resulta em incapacidade motora e afeta os aspectos funcional e psicológico, além do relacional. É algo que modifica

sensivelmente a vida de quem é acometido, incluindo aqui sua psicodinâmica. A pesquisa buscou através da abordagem fenomenológico-existencial investigar a vivência do sujeito frente à nova situação de vida, suas formas de enfrentamento e a sua nova configuração familiar após a lesão. Foram participantes quatro pacientes com lesão medular acompanhados pelo PROAMDE/UFAM no Hospital Universitário Getúlio Vargas. Considerando que a Psicologia Fenomenológico-Existencial busca o sentido, o significado atribuído a uma determinada situação, ou seja, a experiência vivida percebeu-se que os sujeitos apesar do sofrimento inicial referente ao diagnóstico da lesão medular, se encontram dispostos a melhorar sua condição de vida se esforçando para se adaptar à situação. Além disso, o apoio familiar é de suma importância tendo em vista que o outro passa a ter maior importância na vida do sujeito, pois este passa a não conseguir fazer sozinho atividades antes tidas como corriqueiras.

d) Jovens portadores de HIV/Aids: análise compreensiva dos fatores de abandono ao tratamento - (VITAL, 2013)

A incidência de casos em nosso país de pessoas contaminadas pelo vírus HIV tem sido considerada assustadora. Entrementes a toda informação existente, o número de jovens que adentram o sistema de saúde apresenta crescimento considerável. Após o diagnóstico, esses jovens iniciam o tratamento. Entretanto, algo tem sido observado, a adesão ao tratamento tem deixado a desejar. A pesquisa buscou identificar, a partir do discurso de jovens, os fatores pelos quais estes abandonam o tratamento para HIV/AIDS em uma instituição de referência especializada em doenças infecciosas e parasitárias da cidade de Manaus. Foram considerados participantes cinco jovens acompanhados pela Fundação de Medicina Tropical em Manaus. As categorias encontradas foram: o diagnóstico: e a facticidade vem ao encontro; o quadro clínico; e as relações ficam comprometidas; a vivência do enfrentamento e do não-enfrentamento; a não-aderência. Compreendeu-se a pluridimensionalidade do processo de não adesão ao tratamento que envolve desde a forma como o diagnóstico é comunicado às relações. O sofrimento que o olhar do outro causa é acrescido ao quadro e esse é, sem dúvida, um dos fatores mais preponderantes na não-adesão.

e) Con-vivendo com a loucura: ser-louco e ser-com-o-louco na vivência da reforma psiquiátrica - (AGUIAR, 2013)

É real e indiscutível o caráter excludente da relação entre a sociedade e as pessoas portadoras de transtornos mentais, e, no senso comum, as explicações para essa exclusão são as mais diversas. A falta de informações e conhecimentos sobre o que é um transtorno mental contribui para que esses dois grupos sociais se mantenham desconhecidos. A pesquisa propôs-se a compreender as redes de sentidos e significados que envolvem o ser-louco e o ser-com-o-louco no contexto da Reforma Psiquiátrica. Foram participantes com 20 pessoas, dentre eles, 05 usuários do CAPS, 05 familiares de usuários do CAPS, 05 funcionários do CAPS, além de 05 pessoas envolvidas na luta antimanicomial. A pesquisa mostrou o quanto o olhar do outro representa para essas pessoas portadoras de transtornos mentais e o quão sacrificante é para eles carregar o peso da discriminação que sofrem diariamente. Os pressupostos da Reforma Psiquiátrica estiveram bastante presentes nos discursos dos participantes, demonstrando que os valores reformistas estão sendo

implementados e internalizados por aqueles envolvidos com a saúde mental no CAPS Silvério Tundis. Quanto aos familiares, a pesquisa revelou realidades diferentes e se propôs a explicar os sentimentos que caracterizam a relação com seu familiar usuário dos serviços de atenção à saúde mental. Essa pesquisa salientou a importância de as relações, no contexto deste trabalho, com os “loucos” e as pessoas que com ele se relacionam serem marcadas pelo movimento empático, no propósito de Encontrar pessoas e se disponibilizar a novos conhecimentos e aprendizados.

f) Análise compreensiva da vivência do cuidar de pais de crianças/adolescentes autista: estudo fenomenológico dos sentidos e significados dos discursos - (GADELHA, 2013)

O Transtorno do Espectro Autístico é um transtorno do desenvolvimento que vem sendo estudado há mais de meio século. É um transtorno que afeta consideravelmente as relações sociais de quem é portador. E, quando o portador do autismo é uma criança, as modificações não ocorrem apenas na vida da criança, mas afetam toda a estrutura familiar a qual essa criança pertence. A pesquisa propôs a compreender, à luz da Psicologia Fenomenológico-Existencial, como os pais de crianças portadoras de Autismo vivenciam o processo, do diagnóstico ao enfrentamento e inclusão social - o significado em seus discursos. Participaram da pesquisa 10 pais de crianças e adolescentes portadores de Autismo acompanhados pela instituição Associação Amigos dos Autistas do Amazonas-AMA. Foi possível perceber que as modificações ocorrem não só na família, mas esses pais se modificam de acordo com as necessidades que ser-pai-de-um-filho-autista exige. Foi possível perceber também as diversas maneiras de enfrentamento utilizados pelos mesmos, como: apoio de outros pais, fé, medicação e colocar o filho em primeiro plano. Conclui-se que o cuidar do filho autista acaba se tornando a prioridade na vida desses pais, tendo um significado maior que qualquer outra coisa em suas vidas, mas é esse cuidado que impulsiona esses pais para lutar por uma qualidade de vida melhor para seus filhos.

g) Ao invés do prazer, a dor: A corporeidade em mulheres com vaginismo - (SANTANA, 2018)

A sexualidade humana vem ganhando espaço nas mais diversas áreas da ciência desde que passou a ser vista, não só como forma de reprodução, mas como parte importante da saúde física e mental do ser humano. Nesse sentido, o estudo das disfunções sexuais femininas vem tomando um papel importante no avanço da sexologia, apesar de ainda serem consideradas tabus por boa parte da sociedade e até mesmo do meio acadêmico. Dentre essas disfunções, destaca-se o vaginismo, que consiste na contração involuntária dos músculos da entrada vagina impedindo a consumação do ato sexual e até mesmo simples ações de rotina da mulher, como o uso de absorventes internos e a realização de exames ginecológicos preventivos. Apesar de ser uma disfunção puramente psicossomática, a psicologia tem pouco se apropriado dos estudos sobre vaginismo, deixando a maioria das produções científicas para as áreas da ginecologia e fisioterapia uroginecológica, as poucas contribuições da psicologia nesse sentido, têm sido majoritariamente das linhas psicanalítica e comportamental. Sendo assim, esse trabalho de pesquisa propõe-se a compreender a vivência de mulheres que convivem ou conviveram com essa disfunção à luz da fenomenologia -

existencial da psicologia, buscando apreender o sentido que é dado por essas mulheres através dessa vivência e em como isso afeta as relações consigo e com o outro. Para a pesquisa, colaboraram 8 (oito) mulheres, participantes de grupos de apoio organizados nas redes sociais e a coleta de dados foi realizada através de questionário respondido por meios eletrônicos, dada a escassez de grupos físicos e locais de apoio a essas mulheres. Para a análise dos dados utilizou-se o método fenomenológico-existencial, baseando-se prioritariamente no conceito de corporeidade de Merleau-Ponty. Foram encontradas as seguintes categorias: E meu existir torna-se comprometido: tenho vaginismo; os fatores que me limitam: o quadro nosológico; o comprometimento das relações: as im-possibilidades se apresentam; apropriando-me de mim mesma: o enfrentamento se faz. Conclui-se que a mulher vaginica adentra um quadro em que a incompreensão onde a relação consigo mesma, com seu parceiro e sua rede social, torna-se difícil e que o acompanhamento psicológico é de extrema importância no sentido de empoderar essa mulher para o enfrentamento necessário.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Psicologia da Saúde é uma área da Psicologia que apresenta, não restam dúvidas, ampla possibilidade de pesquisa e produção do conhecimento. Contudo, o que ainda é muito perceptível – e falo por experiência com docentes e profissionais que têm essa concepção – é confundirem esta área com Psicologia Hospitalar. Daí a proposta do Laboratório de Psicologia Fenomenológico-Existencial, da Universidade Federal do Amazonas, ter como princípio a imersão de seus alunos no Sistema de Saúde, provendo dessa forma, uma lacuna na formação.

A pesquisa, sob os parâmetros do método fenomenológico de pesquisa em Psicologia, propicia o mergulho necessário na vivência desse outro. Esse outro que está em sofrimento; que possui um olhar singular acerca do que está ocorrendo com sua saúde; que muitas vezes está tão atordoado com a comunicação de uma doença crônica – como o câncer, por exemplo – e não consegue caminhar o seu próprio caminho. E, este modo de fazer pesquisa – diria mesmo, atitude diante do outro – redimensiona o olhar do pesquisador e efetiva uma relação onde confiança e possibilidade de ser-com-o-outro, presentificam-se.

As pesquisas, sem exceção, primaram pela busca do olhar desse outro sobre si mesmos, o olhar sobre o outro e o olhar sobre o olhar do outro. Dessa forma, foi possível um mergulho existencial com os participantes. Foi possível ir além de conceitos *a priori* e já estabelecidos em pesquisa, já previamente determinados. Quando cada pesquisador vem até mim e pergunta a célebre questão “como devo fazer?”, a resposta é imediata: seja você mesmo, não permita que o teu conhecimento anterior da temática seja o fundamental; não permita que a teoria que estudamos esteja entre você e esse outro; se permita. Possibilite que o teu olhar se aproxime do olhar desse outro. Esteja inteiro. Seja genuíno. Seja autêntico. Esse outro está colocando em tuas mãos o modo como se sente e o quanto a vida está sendo dura, difícil mesmo para ele.

Preciso assinalar ainda que a pesquisa em Psicologia da Saúde é incipiente na cidade de Manaus. Contudo, esforços continuarão a ser envidados no sentido de redimensionar e implementar mais projetos de pesquisa nesta área. É meu modo de compreender Psicologia, é meu modo de acreditar Psicologia, é meu modo de fazer Psicologia. Meu olhar sobre o mundo, sobre a vida, sobre mim e sobre o outro.

Entretanto, cumpre ressaltar que o conhecimento produzido tem sido o fundamento não apenas para a pesquisa em si mesma, mas para discutirmos a atitude clínica nos estágios supervisionados, o que é de extrema importância na formação em Psicologia na universidade em que desenvolvemos nossa proposta de docência, embasada no corpo teórico da Psicologia Fenomenológico-Existencial.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, D.S. **Con-vivendo com a loucura: ser-louco e ser-com-o-louco na vivência da reforma psiquiátrica.** 2012. Monografia (Graduação em Psicologia) - Universidade Federal do Amazonas, 60p.

ALENCAR, B.R. **Ser-com no Voluntariado: o cuidar na perspectiva da Fenomenologia-Existencial.** 2015. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Amazonas, 73p.

ALMEIDA, D.P. **Quando a cura não se mostra alcançável: sentidos e significados da cronicidade em um diálogo entre portadores de SIDA/Aids e Esclerose Múltipla.** 2015. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Amazonas, 70p.

AMATUZZI, M. M. Apontamentos acerca da pesquisa fenomenológica. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v.13, n. 1, p. 5-10, 1996.

GADELHA, C.L. **Análise compreensiva da vivência do cuidar de pais de crianças/adolescentes autistas: estudo fenomenológico dos sentidos e significados dos discursos.** 2012. Monografia (Graduação em Psicologia) - Universidade Federal do Amazonas, 60p.

GIORGI, A.; SOUZA, D. **Método fenomenológico de investigação em psicologia.** Lisboa, Portugal: Fim do Século, 2010.

GOMES, K.K.A. **Ser-adolescente com câncer: um estudo fenomenológico Ser-adolescente com câncer: um estudo fenomenológico.** 2013. Monografia (Graduação em Psicologia) - Universidade Federal do Amazonas, 60p.

HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo.** Tradução revisada e apresentação de Márcia Sá Cavalcante Schuback. 8. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013. (Original de 1927)

MARCIÃO, N. **A lesão medular e suas implicações na vida do sujeito: análise compreensiva do enfrentamento, readaptação e resiliência.** 2013. Monografia (Graduação em Psicologia) - Universidade Federal do Amazonas, 60p.

MARTINS, J.; BICUDO, M. **A pesquisa qualitativa em psicologia.** São Paulo: Centauro, 2005.

PEREIRA, D. G.; CASTRO, E. H. B. O método fenomenológico de pesquisa em Psicologia. Em: CASTRO, E. H. B. (Org.). **Fenomenologia e Psicologia: a(s) teoria(s) e práticas de pesquisa.** Curitiba: Appris, 2017, p. 43-48.

PIMENTEL, C.G. Redescobrimo o viver: sentidos atribuídos por adolescentes à experiência do diagnóstico de HIV/AIDS. 2015. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Amazonas, 70p.

SANTANA, L.G.L. **Ao invés do prazer, a dor: A corporeidade em mulheres com vaginismo.** 2018. Monografia (Graduação em Psicologia) - Universidade Federal do Amazonas, 60p.

SILVA, G.M. **Enfrentamento do câncer de mama: aspectos emocionais de mulheres mastectomizadas**. 2013. Monografia (Graduação em Psicologia) - Universidade Federal do Amazonas, 60p.

SILVA, J.M. **Ela tem peito, a outra tem peito; sou des-peitada, muito prazer: análise compreensiva com mulheres mastectomizadas** . 2013. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Amazonas, 85p.

VITAL, S.K.S. **Jovens portadores de HIV/Aids: análise compreensiva dos fatores de abandono ao tratamento**. 2013. Monografia (Graduação em Psicologia) - Universidade Federal do Amazonas, 60p.

ZACARIAS, M.A. **O cuidar humanizado da equipe de Enfermagem na UTI pediátrica: sentidos e significados** . 2014. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Amazonas, 80p.

13. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM ANEMIA FALCIFORME NO EXTREMO NORTE DO PAÍS

Luciana Lopes Silva Martins
Joelma Ana Gutiérrez Espíndula

Introdução

O interesse pelo tema surgiu a partir da experiência profissional, atuo há mais de 4 anos no Centro de Hematologia e Hemoterapia do Hemocentro de Roraima, compondo a equipe multidisciplinar, com atendimento voltado às pessoas com doenças hematológicas. Em busca de conhecimentos mais específicos sobre a anemia falciforme, resultados alarmantes alertam para a gravidade da doença.

A anemia falciforme é uma doença grave considerada um problema de saúde pública. A Organização Mundial da Saúde (OMS) informa a incidência no âmbito mundial, cerca de 270 milhões de pessoas têm o gene da doença (HbS), e no âmbito nacional, estima-se que 2 milhões de pessoas tenham o gene. É a enfermidade genética de maior prevalência no Brasil: para cada 1.000 pessoas nascidas vivas 1 tem a doença (BRASIL, 2008).

O diagnóstico precoce é primordial para se iniciar mais cedo os cuidados exigidos por uma patologia crônica, além de prevenir futuras complicações e agravos (BRAGA, 2007; BRASIL, 2015b; MENEZES et al., 2013). O impacto da doença é ainda maior quando comparada ao alto índice de morbimortalidade, 80% dos pacientes falciformes podem não alcançar a idade de trinta anos (ADORNO et al. 2005).

Pode-se buscar bem-estar e qualidade de vida na sobrevivência dos pacientes por meio de ações terapêuticas que incluem a triagem neonatal, educação e orientações quanto aos cuidados para pacientes e seus familiares, aconselhamento nutricional, imunização e profilaxias (BRAGA, 2007; BRASIL, 2015b).

A noção de qualidade de vida é resultante social da construção coletiva de fatores de conforto e tolerância que determinada sociedade estabelece. A avaliação da qualidade de vida tem se mostrado objeto de estudo para se compreender o processo saúde-doença. No sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, diminuição da mortalidade e aumento da expectativa de vida (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Falar sobre adoecimento, doença genética e qualidade de vida é um campo explorado que abrange de um modo geral questões relacionadas ao preconceito, social, sexualidade, estigma, adoecimento, espiritualidade e morte. Mas, mostrou-se pouco explorado o foco do estudo na temática anemia falciforme e qualidade de vida.

A partir desses estudos e da experiência da atuação profissional no Centro Hematológico surgiu o interesse em realizar a avaliação da qualidade de vida de pacientes com anemia falciforme que abrange diferentes aspectos biopsicossociais em atendimento terapêutico no Centro de Hemoterapia e Hematologia de Boa Vista – Roraima.

Aspectos epidemiológicos da anemia falciforme

O primeiro caso de anemia falciforme registrado pela medicina foi em 1910, por J. Henrick. Ela teve origem no continente africano há milhões de anos, e atualmente está presente no mundo todo. Vários estudos sugerem causas específicas para doença: aspectos antropológicos

relacionam o surgimento da AF ao início do sedentarismo; e aspectos epidemiológicos indicam que a malária tenha contribuído para a mutação que produz o gene (BRASIL, 2015a).

A anemia falciforme chegou ao Brasil através do tráfico de escravos. Embora seja mais comumente encontrada na população afrodescendente (pretos e pardos), devido ao alto grau de miscigenação no país, o gene S tem aumentado também em brancos. Os estados com maior incidência da doença são: Bahia (1:650 nascidos vivos), Rio de Janeiro (1:1300 nascidos vivos) e Minas Gerais (1:1400 nascidos vivos) (BRASIL, 2013).

Em 2004 foi adotado o programa de políticas públicas para anemia falciforme com o objetivo de promover ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Essas medidas são importantes para atenuar as intercorrências ligadas à doença, mas nem todos tem acesso a elas, inclusive os pacientes. O Programa Estadual de Triagem Neonatal (PETN), conhecido como teste do pezinho é realizado em apenas 11 estados brasileiros, a anemia falciforme segue desconhecida para a maioria da população (BRASIL, 2015b).

A taxa de mortalidade por anemia falciforme dobrou no país de 2000 a 2012, sendo principalmente influenciada pelas tendências das cor/raças pretas e pardas. Apesar de terem sido notificados óbitos pela doença em todas as categorias cor/raças: amarela, branca, indígena, parda e preta, as maiores taxas de mortalidade e os maiores aumentos na década foram da cor/raça preta, alcançando o valor de 0,73 mortes por 100.000 habitantes no ano de 2012 (BRASIL, 2016).

Anemia falciforme: conceito, diagnóstico e tratamento

A anemia falciforme (AF) é uma doença genética e hereditária causada pela mutação do gene que produz a hemoglobina A no sangue gerando outra hemoglobina denominada S, herança recessiva. O formato normal dos glóbulos vermelhos é arredondado, enquanto que na anemia falciforme ele adquire a forma de foice, do inglês sickle, daí o nome falciforme (FRENETTE; ATWEH, 2007).

A anemia hemolítica é a principal manifestação clínica da AF. Os sinais de anemia são a palidez nos lábios, pele, mucosas, palma das mãos, plantas dos pés e interior das pálpebras. Ela ocorre devido à destruição dos glóbulos vermelhos em forma de foice, uma vez que, esse formato impede que o sangue circule normalmente pelo corpo dificultando o transporte de oxigênio (ZAGO; PINTO, 2007).

Os sinais e sintomas da AF variam de menor a maior intensidade. Muitos pacientes consideram as complicações vaso-oclusivas mais difíceis de tolerar que a anemia em si, por serem mais dolorosas. Há outras manifestações clínicas como as infecções, a síndrome torácica aguda (STA), acidente vascular encefálico (AVE), úlceras de perna e cardiopatias. O quadro clínico da AF depende das medidas profiláticas que evitam, por exemplo, a desidratação, acidose e infecções, sinais de complicação que levam a requentes hospitalizações (FIGUEREDO et al., 2014).

O diagnóstico precoce da anemia falciforme é realizado através do exame de triagem neonatal (teste do pezinho) coletado após 48 horas da primeira alimentação até o quinto dia de vida do recém-nascido. A partir dos 4 meses de idade, o diagnóstico é feito pela pesquisa de eletroforese de hemoglobina no sangue, método High Performance Liquid Chromatography (HPLC) adotado pelo PNTN. Quanto mais cedo for a detecção da doença mais rápido se inicia os cuidados preventivos e determinantes, diminuem-se as complicações e morbimortalidades (BRASIL, 2015b).

O tratamento da AF consiste em medidas de prevenção e controle, e o uso de alguns medicamentos. O tratamento varia conforme a idade e a evolução da doença. Um dos medicamentos utilizado é o Hidroxiureia (HU), um quimioterápico também usado no tratamento de doenças mieloproliferativas (doença mielóide crônica - LMC e policetemia vera). Ele age impedindo a proliferação desordenada das hemácias, plaquetas e leucócitos na medula óssea. Só a partir da década de 80 o (HU) passou a ser usado em pacientes falciformes (GARIOLI, 2011).

O Ministério da Saúde através da portaria 1321/2015 incorporou ao SUS uma nova opção de tratamento para o pacientes com anemia falciforme: o transplante de células-troncos hematopoiéticas entre parentes a partir da medula óssea, de sangue periférico ou de sangue de cordão umbilical. O procedimento tem sido uma reivindicação do movimento social como uma possibilidade de contribuir com a melhora da qualidade de vida das pessoas com a doença, no sentido de controlar a dor, aumentar a sobrevida e até curar (BRASIL, 2015c).

Adoecimento e aspectos psicossociais do paciente com doença genética e crônica: anemia falciforme

A experiência de adoecer inclui tanto aspectos objetivos quanto subjetivos e coletivos, os quais interferem no comportamento dos indivíduos e dos grupos que se encontram nessa condição. A cultura influencia na resposta pessoal sobre o modo como se percebe e se relaciona a saúde e a vivência da doença (CONIL et al., 2008).

As doenças crônicas caracterizam-se por perturbações na saúde de longa duração, tratamento complexo que podem incluir períodos de hospitalizações, cuidados permanentes e possibilidade de morte. Esses aspectos causam uma ruptura no cotidiano do paciente comprometendo sua qualidade de vida (GARIOLI, 2011).

Evidências científicas relatam que pessoas com anemia falciforme convivem diariamente com problemas de origem psicológica e social: sentimento de ter uma doença crônica, sem cura e de baixa sobrevida; o estigma das influências raciais e culturais características da população negra e o baixo nível econômico (FELIX; SOUZA; RIBEIRO, 2010; PAIXÃO; CARVANO, 2008; SILVA et al., 2013).

Diante disso, os aspectos psicossociais requerem cuidados redobrados uma vez que influenciam na formação da personalidade do paciente e pode resultar em problemas como baixa autoestima, ansiedade, depressão, dificuldade de relacionamento familiar, comportamento agressivo e medo da morte (FELIX; SOUZA; RIBEIRO, 2010; SILVA et al., 2013).

Segundo a Teoria Psicossocial do Desenvolvimento Humano de Erik Erikson (1968), a adolescência é um período essencial para o desenvolvimento do eu. As transformações físicas e psíquicas se configuram numa crise de identidade que culminará com a consolidação da personalidade. O adolescente vivencia a busca da identidade - um fenômeno psicológico bastante complexo de natureza psicossocial.

Nesse sentido, a abordagem multiprofissional ao adolescente com anemia falciforme precisa envolver características específicas da idade. A doença pode causar déficit no desenvolvimento puberal e no crescimento que prejudicará ou não o desenvolvimento da sexualidade e da estatura. O acolhimento é essencial para minimizar os sintomas de

ansiedade e o impacto psicológico causados pelos constrangimentos e preconceitos devido aos sintomas como a icterícia (cor amarelada nos olhos) e a enurese (BRASIL, 2009; BUNN, 1997; PITALUGA 2006).

Anemia falciforme e qualidade de vida

No preâmbulo da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1946, está a definição de saúde como bem-estar e não mais como ausência de doença. O seu princípio norteador trata a saúde como o completo bem-estar físico, mental e social. Isso significa que além da preocupação com os aspectos biológicos, é preciso avaliar as condições sociais e psíquicas do indivíduo. Essa definição rompe com o paradigma médico-assistencialista e medicamentoso (PITALUGA, 2006; QUADROS et al., 2012).

Em busca da concretização do projeto integrativo da saúde, estudiosos relacionam cada dia mais *saúde e qualidade de vida*. A OMS (1995) através do Grupo de Qualidade de Vida, da Divisão de Saúde Mental (WHOQOL) definiu o termo qualidade de vida (QV) como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (FLECK et al., 1999).

Para Minayo (2000), “a doença é uma realidade construída e o doente é um personagem social”. Nesse sentido, a anemia falciforme se configura numa crítica realidade em todo o mundo; cenário histórico marcado pelas desigualdades sociais e raciais entorno da população negra. Doença grave, incurável que interfere nos domínios físico, social e psicológico e compromete a qualidade do doente falciforme (FERREIRA; CORDEIRO, 2013).

A qualidade de vida de pacientes com anemia falciforme é também comprometida por problemas psicológicos e psicossociais. O cotidiano é marcado por mudanças que resultam em frustrações, perdas, medos e limitações como a perda da capacidade de trabalhar e estudar, além do uso constante de medicamentos e possíveis internações e/ou intervenções médico-hospitalares (OHARA et al., 2012).

Esse impacto negativo causa alterações na sensação de bem-estar e menor satisfação ao longo da vida inclusive, em indivíduos saudáveis, entre esses os adolescentes. Adolescentes com anemia falciforme estão mais expostos aos fatores de risco, tanto no campo físico quanto psicológico (MENEZES et al., 2013).

A espiritualidade é estudada como um fator importante no manejo da dor na anemia falciforme. O bem-estar espiritual serve de suporte, além de ajudar pacientes falciformes a lidar melhor com a experiência de dor. Pacientes que apresentaram maiores níveis de espiritualidade e frequentavam a igreja pelo menos uma vez por semana relataram sentir menos dor. E também se sentiam mais motivados e continuados a enfrentar a doença mantendo a qualidade de vida. Os relatos incluem: ir à igreja, orar para lidar com a dor e estresse da doença, e a perspectiva da morte (ADEGBOLA, 2011; HARRISON et al., 2005; SMITH et al., 2008).

Diante disso cabe ressaltar a necessidade de estratégias de atuação para implementar programas de saúde que abordem ações de cuidados integrais aos doentes falciformes. Que as equipes multiprofissionais atuam no sentido de tratar e prevenir manifestações adversas da doença, diminuir as desigualdades, discriminações e preconceitos que dificultam o acesso à saúde, em busca da melhoria da qualidade de vida (FELIX; SOUZA; RIBEIRO, 2010; ROBERTI et al., 2010; SILVA; NOVA; LUCENA, 2012).

Metodologia

Trata-se de um estudo epidemiológico observacional do tipo transversal. Esse tipo de estudo visa formar hipóteses sobre possíveis relações entre variáveis dependentes e independentes (PEREIRA, 2001). Para complementar a discussão dos dados (amostra) encontrados, articulou-se com a entrevista semiestruturada, buscando descrever a subjetividade dos dados.

Amostra e amostragem

A amostra representativa da população considerando o intervalo de confiança de 95% e erro aceitável de 5%. Por meio de banco de dados é possível detectar 46 pacientes cadastrados na faixa etária referida. A meta amostral foi de 40 pacientes em atendimento terapêutico.

Contextualização do local da pesquisa e participantes

O estudo foi realizado no único Centro de Hematologia e Hemoterapia do Estado instalado no Hemocentro – Hemoraima, em Boa Vista, entre os meses setembro a dezembro de 2017. Participaram da pesquisa pacientes diagnosticados com anemia falciforme do sexo masculino e feminino, com idade igual ou acima de 12 de anos cadastrados no Centro de Hematologia e Hemoterapia de Roraima.

Aspectos éticos

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRR (Universidade Federal de Roraima) de acordo com a Resolução 196/1996, complementado pela Resolução 466/2012. O número do CAAE é 70049117.5.0000.5302.

Instrumentos e coletas de dados

Para a coleta dos dados foram utilizados os seguintes instrumentos:

1. Instrumento que se refere a World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF) versão validada para o português e para cultura brasileira, constituído 26 facetas distribuídas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, sendo que as facetas 1 e 2 são sobre qualidade de vida geral (FLECK et al., 2000).
2. Roteiro de entrevista foi utilizado em dois (2) momentos: 1- entrevista estruturada, em que foi utilizada uma caracterização demográfica e socioeconômica; e 2- entrevista semiestruturada sobre os aspectos psicossociais e qualidade de vida.

Processamento e análise de dados

Os dados coletados foram armazenados no programa Excel adotando-se dupla digitação para os dados sociodemográficos e socioeconômicos. A partir dos dados quantitativos foi realizada uma análise qualitativa através da técnica de entrevista semiestruturada com 12 participantes selecionados com base no princípio de saturação, caracterizado pela repetição de “falas” (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). A análise de conteúdo proposta por Bardin (1977) é a técnica mais citada em pesquisas qualitativas.

Resultados e Discussão

Com vistas a refinar a análise dos dados, os resultados e discussão foram organizados em 2 (duas) partes. Na primeira foi realizada uma caracterização demográfica e socioeconômica dos 40 participantes com anemia falciforme e os escores dos domínios do WHOQOL-BREF. Na segunda parte, realizou-se a análise qualitativa de 12 entrevistas semiestruturadas com estes pacientes com anemia falciforme, em seguida a transcrição e descrição das categorias e subcategorias temáticas.

Caracterização demográfica e socioeconômica dos participantes

Os dados demográficos e socioeconômicos dos 40 participantes da pesquisa com diagnóstico de anemia falciforme em tratamento no Hemocentro de Boa Vista-RR constatou-se que 55,0% dos participantes são do sexo masculino e 52,2% se encontram na faixa etária de 18 a 35 anos. Quanto à cor/raça, 90% das pessoas se autodeclararam pertencentes à raça negra, sendo 80% de pardos e 10% pretos. Segundo o IBGE (2016), a população masculina (50,6%) e a raça negra (61,2% são pardos e 5,9% pretos), também são a maioria no Estado de Roraima, embora com uma margem menor que a encontrada nesta pesquisa.

Quanto ao estado civil dos participantes, a maior frequência encontrada nesse estudo foi de solteiros 70,0% e a maioria (47,5%) vivem com os pais. Esse dado está em consonância com a população de Roraima, contudo com uma margem menor, cuja frequência é de 54,4% para solteiros (IBGE, 2016).

O estudo revelou que 77,5% dos participantes vivem com renda familiar de 1 a 3 salários mínimos. 75% não exercem nenhum trabalho remunerado, 30% são aposentados, recebem 1 salário mínimo, sendo muitas vezes a única renda da família. Tal achado corrobora com o último censo do IBGE (2010), no qual revelou que a população roraimense possui renda familiar de R\$1.068,00.

Referente à religião, todos os participantes se identificaram com alguma religião, 55,0% relataram ser evangélicos. No entanto, não houve diferença significativa em relação aos 37,5% que disseram ser católicos. Esse dado difere dos achados do último censo de Roraima IBGE (2010), no qual 49,1% (maioria) da população se autodeclararam pertencentes à religião católica apostólica romana.

Para o item procedência no presente estudo foram considerados residentes da área rural, urbana (capital e outros municípios) ou provindos de outros países, uma vez que o estado enfrenta um grave problema de imigração de países vizinhos como a Guiana e principalmente, a Venezuela, país que vive uma séria crise econômica. Entre os participantes, 67,5% são da capital Boa Vista, e 5,0% são estrangeiros da Guiana Inglesa e da Venezuela.

Nesse estudo observou-se ainda que 82,5% moram em casa própria. Segundo Oliveira (2007), o direito adquirido de moradia representa satisfação pessoal de um "sonho alcançado", de abrigo e conforto. Portanto, ter uma casa própria é fundamental para o acesso a qualidade vida.

Em relação à descoberta do diagnóstico, nesta pesquisa 57,5% relataram não terem realizado o teste do pezinho. O diagnóstico precoce é fundamental para a diminuição de mortes e sequelas, resultando no aumento da sobrevivência e melhoria da qualidade de vida das pessoas diagnosticadas com a doença. Através de medidas eficientes de triagem neonatal

países como Estados Unidos e Jamaica conseguiram reduzir as taxas de mortalidade por anemia falciforme (BRAGA, 2007).

Esse achado deve-se ao fato de que segundo o Ministério da Saúde (2016), embora a triagem neonatal tenha sido introduzida no SUS pelo Ministério da Saúde desde 2001 através PNTN (Programa Nacional de Triagem Neonatal), somente em 2014 o processo de universalização da última fase do PNTN foi concluído, no qual foram habilitados mais 15 estados ao programa, incluindo o estado de Roraima. Atualmente o programa possui uma cobertura nacional, ou seja, todos os estados e o distrito federal possuem coordenações do programa estadual de triagem neonatal.

Quanto as frequências das respostas para as questões 1 e 2 do WHOQOL-BREF, as respostas mais frequentes sobre a percepção da qualidade de vida foram 60% (boa), e para satisfação com a saúde foram 67,5% (nem satisfeito nem insatisfeito). No que diz respeito à qualidade de vida geral (QVG), 60% dos participantes consideraram boa. Esse resultado também foi encontrado nos estudos de Carvalho (2010), Lima (2015) e Roberti et al. (2010) sobre a qualidade de vida total de pacientes com doenças falciformes, em que 70% dos consideraram boa a qualidade de vida. Embora os pacientes falciformes sofram com as implicações da anemia falciforme, eles avaliaram de modo positivo (boa) a qualidade de vida global.

Quanto ao nível de qualidade de vida avaliado pelo WHOQOL-BREF, o estudo mostrou que houve maiores perdas expressivas de QV nos domínios físico (55,40) e ambiente (59,85).

Tal resultado revela que há comprometimento nos aspectos de mobilidade, no sono, nas atividades da vida cotidiana e na capacidade de trabalho dos participantes. Esse dado corrobora com os estudos realizados por Lima (2015), Pereira et al. (2008) e Roberti et al. (2010), que constataram menores níveis de qualidade de vida das pessoas com AF no domínio físico e ambiente.

Foram apresentadas as médias dos escores domínios do WHOQOL-BREF por variáveis demográficas e socioeconômicas dos participantes com anemia falciforme. Houve diferença média estatisticamente significativa no domínio físico para a variável sociodemográfica possui filhos, com médias de 57,90 (não) e 47,92 (sim); no domínio social para a variável demográfica sexo, com médias de 79,4 (feminino) e 60,23 (masculino); e no domínio ambiente para as variáveis socioeconômicas renda familiar, com médias de 57,66 (1 a 3 SM) 67,36 (>3SM); moradia própria com médias de 61,84 (sim) e 50,74 (não).

Ao comparar as médias dos domínios do WHOQOL-BREF, a variável possui filhos no domínio físico, apresentou melhores escores nos participantes que relataram não possuir filhos. Não foram encontrados na literatura dados relacionados aos domínios do WHOQOL e pacientes sem filhos. No entanto, sabe-se que especificamente aos pacientes falciformes, ter filho é algo que ainda assusta, provoca medos e insegurança, uma vez que é uma doença hereditária, o gene pode ser passado para o filho. No caso da mulher com anemia falciforme, amplia as dificuldades físicas por ser considerada uma gravidez de risco e a sobrecarga genética. Para tal, faz-se necessário a orientação familiar tanto ao autocuidado quanto à herança genética (BRASIL, 2015c).

Quanto ao achado no domínio social, os participantes do sexo feminino tiveram melhores escores médios. Esse dado difere da pesquisa intitulada "Qualidade de vida de mulheres negras com anemia falciforme: implicações de gênero", desenvolvida por Carvalho (2010), em que homens obtiveram maiores níveis de qualidade de vida nos quatro domínios do WHOQOL. Ressalta-se a vulnerabilidade feminina diante de doenças crônicas devido

às questões específicas de gênero e pelo fato que, embora a mulheres vivem mais que os homens, elas adoecem com mais frequência (BRASIL, 2015c).

Em relação ao domínio ambiente, os participantes que relataram renda familiar superior a 3 (três) salários mínimos e possuíam moradia própria, tiveram maiores escores médios. Tal achado pode se relacionar ao fato de pessoas com maior poder aquisitivo tem maiores acessos em adquirir um ambiente mais saudável (CARVALHO, 2010). Dessa forma, melhores recursos econômicos podem contribuir para melhores condições de moradia, ambiente físico, segurança, proteção e oportunidades de lazer, com isso, melhorar o nível de qualidade de vida.

Análise qualitativa

Os dados qualitativos foram adquiridos através da entrevista semiestruturada (dados sóciodemográficos). A entrevista semiestruturada priorizou os seguintes eixos temáticos: dimensão física corpórea, dimensão psicológica, dimensão social e qualidade de vida geral. Os dados foram transcritos e submetidos à análise de conteúdo conforme a técnica de Bardin.

Segundo Lakatos e Marconi (2003), na entrevista semiestruturada, o entrevistador fica à vontade para progredir qualquer situação a variados destinos que julgar necessário, isto consiste em uma maneira de analisar um maior horizonte de uma dada questão. Normalmente as perguntas são abertas e possibilitam respostas que se encaixam dentro de um diálogo informal e são perfeitamente aceitáveis partindo deste princípio.

Para calcular a frequência e porcentagem foi considerado um total de 157 trechos dos discursos de 12 entrevistados agrupados em 9 categorias, nomeadas e descritas, algumas apresentam subcategorias para mais detalhamento da categoria principal.

Com base na análise de conteúdo do discurso dos participantes, na dimensão física 4 categorias se destacaram. A primeira delas “Convivendo com anemia falciforme” teve percentual de 8,28%. A segunda categoria foi “Conhecimento sobre o diagnóstico”, tendo percentual de 7,64%. A terceira categoria que mais se destacou na dimensão física “Satisfação com o tratamento” obteve percentual de 5,73%. Outra categoria que teve percentual expressivo foi a categoria “Atividades diárias”, com a subcategoria “Funcionalidade comprometida” que atingiu percentual de 4,45%.

Na dimensão psicossocial, a categoria relações interpessoais com a subcategoria “O olhar do outro” (7.1) obteve percentual de 21,65%; e categoria “Suporte/apoio familiar e religioso/espiritual” obteve percentual de 10,82. Por último, a categoria “Qualidade de vida” obteve percentual de 6,36%.

A seguir, foram descritas e analisadas todas as categorias e subcategorias temáticas, complementadas de trechos (escrito) retirados das entrevistas semiestruturadas.

Convivendo com Anemia Falciforme: evidencia como o participante convive com a doença. “É doloroso, porque atinge tanto meu corpo físico como a minha mente, por exemplo: corpo físico é quando atinge minha saúde, e a minha mente é porque fico pensativo às vezes até fico triste.” (E3, desempregado, 23 anos).

Essa categoria revelou principalmente os aspectos físicos da doença, como a dor e consequentes alterações na capacidade funcional. Esse sintoma ocorre devido às complicações vaso-oclusivas e é o mais mencionado pelos pacientes, considerado também um dos mais

difíceis de conviver e tolerar. Outro exemplo: “Conviver com essa doença não é bom, pois sou privada de fazer algumas coisas que outras pessoas fazem, e de comer algumas coisas que eu gostaria de comer.” (E12, estudante, 16 anos).

Toda dor é real independente da origem. A dor é um sintoma subjetivo e pessoal e varia conforme a faixa etária. Para as pessoas com AF as crises estão relacionadas ao bem estar psicológico, emocional e social. Considerar a dor de uma pessoa com anemia falciforme é envolver também suas experiências e influências culturais (BRASIL, 2015b). “É uma doença hereditária que tem os glóbulos vermelhos tipo uma foice, por isso não carrega muito oxigênio pelo corpo e não chega em certa parte do corpo, causa fortes dores.” (E10, aposentado, 31 anos).

As crises dolorosas são as principais causas de atendimentos nas redes de emergência e urgência, e motivos de internações hospitalares. (BRASIL, 2015b). O uso do medicamento Hidroxureia (HU) tem diminuído de 4,5 para 2,5 o número de crises álgicas por ano (BRASIL, 2014).

Conhecimento sobre o diagnóstico: refere-se à explicação que o participante dá sobre o conhecimento do seu diagnóstico. “Que sou portadora de Anemia Falciforme. Descobri isso com 13 anos e a partir daí comecei meu tratamento médico.” (E4, estudante, 21 anos).

A maioria dos participantes desta pesquisa mostrou conhecimento sobre a anemia falciforme. Esse achado corrobora com o artigo de Silva e Silva (2013) intitulado “Anemia falciforme como experiência: relatos entre vulnerabilidade social e corpo doente enquanto fenômeno biocultural no estado do Pará,” 75% dos participantes relataram conhecer anemia falciforme. É possível notar ainda descoberta tardia do diagnóstico, como em outras falas a seguir. “É uma doença hereditária, sem cura. Partes das hemácias são produzidas em formato de foice levando uma menor quantidade de oxigênio para os órgãos, o que pode acarretar em complicações.” (E5, auxiliar contábil, 26 anos).

De acordo com Pereira et al., (2008), o conhecimento da doença pelos pacientes e familiares minimiza ansiedade e promove condições terapêuticas à saúde das pessoas. O paciente com anemia falciforme também participa da sua promoção da saúde. Então, conhecer sua doença é fundamental, auxilia na prevenção de complicações do adoecimento e tratamento, possibilita o desenvolvimento da autonomia, de hábitos saudáveis e melhoria dos cuidados.

Satisfação com o tratamento: retrata como o participante avalia seu tratamento. “Tenho tido bons resultados com o meu tratamento, desde que iniciei o número de crises e internações diminuíram bastante, eu também não faço mais transfusões com frequência, como antes.” (E1, estudante, 17 anos).

O tratamento adequado auxilia na prevenção de agravos e diminuição dos sintomas dolorosos, físicos e emocionais (Brasil, 2014). Diante das condições cotidianas vivenciadas pelas pessoas com AF, é necessário ampliar a atuação profissional a fim de oferecer uma assistência baseada no apoio e na interação entre profissionais e pacientes (GUIMARÃES, et al., 2009).

Em geral, os pacientes realizam acompanhamento médico de 3 em três meses. Além das consultas médicas recebem atendimento psicológico, da enfermagem e da assistência social. Os participantes consideram fundamental seguir com tratamento regular para a

melhoria da QV e se sentem satisfeitos com o mesmo, como mostra na fala do entrevistado a seguir: “Está ocorrendo (tratamento) de 3 em 3 meses com a especialista que gosto muito. Tenho tido poucas alterações nos exames que isso é muito bom.” (E8, atendente, 21 anos).

Conceito de saúde: evidencia como o participante define saúde.

A frequência das repostas demonstraram que os participantes definem o termo saúde semelhante ao conceito preconizado pela OMS (1946): é um bem estar físico, psicológico e social. “É ter uma vida sem muitas complicações, ter equilíbrio entre o físico, mental e espiritual e não precisar de limitações ou muitas preocupações.” (E2, técnico em informática, 24 anos).

Manutenção da saúde: refere-se o que o participante faz para manter a saúde. “Ter cuidados básicos, uma boa alimentação, se manter hidratado, dormir bem, não exagerar nos esforços, e ter uma mente ocupada com coisas saudáveis, estudos, trabalho.” (E2, técnico em informática, 24 anos).

A pessoa com anemia falciforme precisa ter uma alimentação equilibrada rica em proteínas, carboidratos, vitaminas e fibras, uma vez que, uma boa alimentação ajuda a prevenir episódios de dor. As verduras verde-escuras contêm ácido fólico, que ajuda na formação dos glóbulos vermelhos no sangue (BRASIL, 2009).

Atividades diárias: retrata as atividades que o participante executa no cotidiano.

Funcionalidade comprometida: evidencia certo grau de dificuldade do participante em exercer suas funções diárias. Alguns participantes se percebem limitados, sem condições físicas para executar as mais simples tarefas do dia a dia, como declararam na fala a seguir: “Razoáveis, porque como eu não posso praticar esporte, nem esforço físico, faço poucas coisas.” (E3, desempregado, 23 anos).

As constantes crises de dor fazem parte da vida dos pacientes com anemia falciforme comprometem as atividades diárias como trabalho, escola, atividades do lar (SILVA; SILVA, 2013). Na investigação de Pereira, et al., (2008), observou-se que 72% dos participantes indicaram a doença falciforme como principal motivo de limitação para o trabalho.

Funcionalidade normal: refere-se à estabilidade e autonomia do participante em exercer suas funções diárias. “Conseguo cumpri-las normalmente. Sair com meus amigos, sair com a família, me divertir, ir à escola e dormir, tudo.” (E12, 16 anos, estudante).

A maioria dos participantes mostra o esforço, o empenho e o planejamento do tempo, mesmo com as limitações do adoecimento e do tratamento para realizar atividades da vida de uma pessoa normal, tais como faculdade, trabalho, bem como realizar alguns desejos namorar, casar e ter filhos.

Relações interpessoais: diz respeito às relações que o participante desenvolve na escola, comunidade, igreja e comunidade.

Essa categoria relações interpessoais se refere ao impacto da saúde, a percepção e os sentimentos do participante a respeito do modo como as pessoas olham para ele devido a doença. Uma vez que os participantes podem encontrar algumas dificuldades no convívio social devido à doença. Nas fala abaixo percebe-se que eles têm conseguido lidar bem

com essas relações. “Normal, algumas sabem que tenho AF e me tratam como uma pessoa normal. Mas tem aquelas que me olham com pena... mas eu mostro para eles que AF não me torna um monstro e sim uma pessoa normal mais especial.” (E8, atendente, 21 anos).

Segundo Silva et al. (2013), a relação dos aspectos psicossociais com a qualidade de vida das pessoas com AF podem gerar condições que minimizam os impactos negativos nos relacionamentos na comunidade, na escola e no trabalho.

A participação nas atividades na comunidade, na escola, nos grupos, contribui para que o paciente assuma uma postura de cidadão ativo e participativo, assim como a integração social melhora autoestima e reduz a ansiedade (BRASIL, 2009).

Olhar do outro: refere-se à percepção que o entrevistado tem em relação à forma como as pessoas o enxergam devido à doença.

Neste estudo pode-se confirmar que pessoa com anemia falciforme sofre preconceito e discriminação. É no ambiente escolar que isso mais acontece. Isso gera bullying:

Quando eu era mais nova sofria muito com piadas e brincadeiras de mal gosto. Hoje em dia as pessoas me olham com pena nem todas mais algumas sim. Na escola no meu ensino fundamental os colegas falavam coisas do tipo: ‘morceguinha’, ‘amarela’ e isso não era legal. (E8, atendente, 21 anos).

Os aspectos psicológicos como constrangimento, negação, tristeza e preconceito tiveram bastante presente nas falas dos participantes. Segundo Ross (1997), a experiência do adoecimento, a ameaça de morte por uma patologia incurável ou terminal, levam a pessoa vivenciar 5 (cinco) fases: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação.

No estudo de Felix, Souza e Ribeiro (2010), sobre os aspectos epidemiológicos da doença falciforme, 47 pacientes relataram sentimentos de aceitação, revolta e tristeza em relação ao fato de ter uma doença crônica.

Nesta pesquisa, observou-se a dificuldade do participante de aceitar o diagnóstico de AF. Segue abaixo uma fala que retrata o sentimento de negação do participante à doença. “Minha qualidade de vida é boa, a única complicação é ser portadora de Anemia Falciforme, às vezes eu não quero aceitar essa realidade.” (E4, estudante, 21 anos).

A falta de conhecimento da sintomatologia da doença gera constrangimentos, revolta e dúvidas como nos relatos dos entrevistados a seguir. Esse achado também corrobora com pesquisa qualitativa de Guimarães (2009) sobre o cotidiano das famílias de crianças e adolescentes portadores de anemia falciforme ao perguntar sobre o impacto da doença. “Uma vez uma professora já me perguntou se eu estava com hepatite porque meus olhos estavam amarelos.” (E1, estudante, 17 anos).

Suporte/apoio familiar e religioso/espiritual: evidencia se o participante tem apoio familiar e com quem pode contar. “Com minha mãe, meu pai, minhas tias, a família em geral, mas minha mãe é a que está sempre do meu lado.” (E8, atendente, 21 anos).

Os participantes deste estudo se mostraram satisfeitos com as categorias relações interpessoais e apoio familiar, isso significa que eles podem contar com os seus familiares. Os adolescentes com anemia falciforme em tratamento no Centro de Hematologia e Hemoterapia vão às consultas acompanhados dos pais ou avós. Já os adultos em geral, vão sozinhos.

A família convive com o falcêmico desde o diagnóstico, participa da rotina do paciente, sendo os familiares cuidadores imprescindíveis para a prevenção de complicações

e manutenção e estabilidade do quadro clínico do paciente (SILVA et al., 2013).
Aspectos religiosos: referências espiritual/religiosa dos participantes.

Neste estudo foram encontradas nas falas dos participantes algumas expressões de referência religiosa como amparo e suporte diante dos sentimentos de angústias, ansiedades, inseguranças e medo provocados pela doença. “Na igreja são todos legais e sempre me tratam bem, são pessoas maravilhosas e gostam de me ajudar quando preciso. Boa porque tenho Jesus no meu coração e sei que ele nunca me desampara e sempre esta me ajudando.” (E11, do lar, 35 anos).

No estudo sobre anemia falciforme e qualidade de vida de pacientes da Fundação Hemominas (PEREIRA, et al., 2008), verificou-se que a condição de doença incurável e o risco de morte repentino obriga o paciente a buscar conforto nas crenças religiosas.

Qualidade de vida: retrata como o participante considera sua qualidade de vida.

Boa, apesar das frequentes dores físicas, eu não me limito, sempre tento quebrar barreiras que me impedem. Pra mim é normal, não encaro a AF como uma limitação, acho que só porque nasci com ela, não é uma desculpa para me acuar do mundo com medo. (E9, estudante, 18 anos).

Os participantes procuram esforços e meios de adaptação para melhorar sua qualidade de vida. Percebe-se a relação da qualidade de vida com uma vida normal, trabalho, família, amigos e lazer.

A percepção da qualidade de vida é diferente inclusive para as pessoas que convivem com as mesmas doenças (ROBERTI et al., 2010). Nota-se nos trechos estratégias de enfrentamento e superação diante das dificuldades impostas pela doença, em algumas definições de resiliência.

Deve-se considerar a partir do levantamento bibliográfico, a carência de trabalhos publicados com a temática. Dessa forma, buscou-se na discussão comparar os resultados com pesquisas que utilizaram os mesmos instrumentos e métodos no intuito de responder aos objetivos.

Quanto à utilização do instrumento de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-BREF, mostrou-se satisfatório para os objetivos da pesquisa. A frequência e descrição das categorias temáticas sobre a qualidade de vida das pessoas enriqueceram a pesquisa através da fala dos participantes.

Conclusão

Este estudo buscou avaliar a qualidade de vida de pessoas com anemia falciforme a fim de contribuir para as práticas e ações de saúde voltadas para a melhoria da qualidade de vida desse grupo.

Ressalta-se que a maioria dos participantes era do sexo masculino, se encontrava na faixa etária de 18 a 35 anos, proveniente da capital Boa Vista e se autodeclarou de cor parda e evangélica. A maioria era solteira, concluiu o ensino médio, estava fora do mercado de trabalho, possuía renda de 1 a 3 salários mínimos e teve diagnóstico tardio da doença.

Quanto aos escores da qualidade de vida, satisfação com a saúde e os domínios do WHOQOL-BREF, verificou-se que os domínios psicológico e social tiveram as maiores médias, logo, os domínios físico e ambiente obtiveram as menores médias. A relação

entre os escores dos domínios do WHOQOL-BREF e os dados sociodemográficos mostrou resultados significativos para o sexo masculino para o domínio social.

Em relação à análise qualitativa dos dados, destacou-se a dificuldade de convivência das pessoas com anemia falciforme principalmente devido aos quadros de dor. As limitações impostas pela doença incluem comprometimento em diversas atividades diárias como simples tarefas de casa, prática de esportes, estudos e trabalho. Isso resulta em faltas e até perda do trabalho.

Os participantes da pesquisa relataram implicações emocionais como angústia, tristeza, negação e constrangimentos, além de sofrer preconceito e discriminação devido à cor amarela dos olhos, por exemplo, sendo muitas vezes apelidados nas escolas. No entanto, a existência desses fatores não impossibilitou que eles desenvolvessem boas relações interpessoais, além de contar com apoio dos amigos e familiares.

Ressalta-se a necessidade de ampliação da equipe multiprofissional do Centro de Hematologia e Hemoterapia do município de Boa Vista-RR, com intuito de englobar melhor os aspectos que influenciam na qualidade de vida dos falciformes, por exemplo, a adesão de profissionais que lidam com fatores nutricionais específicos, uma vez que a pessoa com anemia falciforme precisa alimentar-se adequadamente para se fortalecer e tornar-se resistente às doenças secundárias. Além de profissionais que auxiliam na habilitação física para melhor mobilidade diária e controle da dor.

Especificamente à psicologia, é imprescindível uma triagem psicológica a fim de trabalhar os aspectos de diagnóstico, tratamento, reações psicológicas e de enfrentamento, tendo em vistas que por se tratar de doenças crônicas, é relevante lidar com os aspectos psicológicos e emocionais que influenciam negativamente na qualidade de vida dos pacientes e pode interferir no processo de prognóstico da doença.

Dessa forma, para implantação do serviço seria utilizado o WHOQOL-BREF como recurso útil e complementar da avaliação dos aspectos físicos, psíquicos, sociais e ambiente, visto que, o instrumento mostrou características satisfatórias de avaliação da qualidade de vida das pessoas com anemia falciforme.

REFERÊNCIAS

ADEGBOLA, M. **Spirituality, Self-Efficacy, and Quality of Life among Adults with Sickle Cell Disease**. South Online J Nurs Res, v.11, n.1, p.15, april. 2011.

ADORNO, E. V. et al. **Hemoglobinopathies in newborns from Salvador, Bahia, Northeast Brazil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.292-298, Feb. 2005.

BANCO DE DADOS DO HEMOCENTRO. **Relatório de atendimentos do Centro de Hematologia e Hemoterapia de 2017**. Boa Vista-RR, 2017.

BARDIN, L. (1977). **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70.

BRAGA, J. **Medidas gerais no tratamento das doenças falciformes**. Rev. Bras. Hematol. Hemoter, v.29, n. 3, p.233-238, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Atenção Especializada. **Manual de Educação em Saúde: autocuidado na doença falciforme**. Brasília, 2008. 70p.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Especializada/Coordenação de Política Nacional de Sangue e Hemoderivados. **Doença falciforme: um compromisso nosso, como reconhecer e tratar.** Belo Horizonte, 2009. 68p.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Atenção Especializada. **Doença falciforme. Saiba o que é e onde encontrar tratamento.** Brasília, 2013. 28p.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. **Doença falciforme. Hidroxiureia: uso e acesso.** Brasília, 2014. 56p.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Doença falciforme. Orientação sobre o uso de sulfato ferroso em crianças.** Brasília, 2015a. 59p.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Doença falciforme. Diretrizes básicas da linha de cuidado.** Brasília, 2015b. 81p.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. **Doença falciforme. Atenção integral à saúde das mulheres.** Brasília, 2015c. 144p.

_____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa/Departamento de Articulação Interfederativa. **Painel de Indicadores do SUS Temático Saúde da População Negra,** Brasília, vol. 7, n. 10, p. 82, 2016.

_____. <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/oministerio/principal/secretarias/sgep/pop-negra/pop-negra-noticias/18421-pessoas-com-a-doenca-poderao-fazer-transplante-de-medula>. (2015c). Acesso dia 20 de novembro de 2016.

BUNN, F.H. **Pathogenesis and treatment of sickle cell disease.** The New England Journal of Medicine, v. 337, p. 762-769, 1997.

CARVALHO, A. L.O. **Qualidade de vida de mulheres negras com anemia falciforme: implicações de gênero.** Dissertação 101p. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

CONILL, E. M. et al. **O mix público-privado na utilização de serviços de saúde: um estudo dos itinerários terapêuticos de beneficiários do segmento de saúde suplementar brasileiro.** Ciênc. Saúde Coletiva, v. 13, n. 5, p. 1501-1510, 2008.

GUIMARÃES, MIRANDA, W.L.; TAVARES, M. M. F. **The day-to-day life of families with children and adolescents with sickle cell anemia.** Rev. Bras. Hematol. Hemoter. v. 31, n.1, p. 9-14, 2009.

ERIKSON, E. H. **Identity, Young and crisis.** Nova York: Norton: 1968.

FELIX, A. A.; SOUZA, H. M.; RIBEIRO, S. B. F. **Aspectos epidemiológicos e sociais da doença falciforme.** Rev. Bras. Hematol. Hemoter. São Paulo, v. 32, n. 3, 2010.

FERREIRA, S. L., CORDEIRO, R. C. (organizadoras). **Qualidade de vida e cuidados às pessoas com doença falciforme** – Salvador: EDUFBA, 2013. 169p.

FIGUEREDO, A. K. B et al. **Anemia falciforme: abordagem diagnóstica laboratorial.** Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança, v.12, n.1, p. 96-103, jun. 2014.

- FLECK, M. P. A. et al. **Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100)**. Rev. Brasileira de Psiquiatria, v. 21, n.1, p. 19-28, 1999.
- FLECK, M. P. A. et al. **Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref"**. Rev. Saúde Pública, v. 34 n.2, p.178-83, 2000. www.fsp.usp.br/rsp.
- FRENETTE, P. S.; ATWEH, G. F. **Sickle cell disease: old discoveries, new concepts, and future promise**. Journal of Clinical Investigation, v.4, n.117, p. 850-858, 2007.
- GARIOLI, D. S. **O impacto da dor nas funções executivas e sua relação com as estratégias de enfrentamento em crianças com anemia falciforme**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia. 2011. 190p.
- HARRISON, M. O. et al. **Religiosity/spirituality and pain in patients with sickle cell disease**. J Nerv Ment Dis v.193, p. 250-257, 2005.
- IBGE – Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>. Acesso em 01 de mai. de 2016.
- JAIRO, SIMON DA FONSECA & GILBERTO DE ANDRADE MARTINS, **Curso de Estatística**, 6ª Edição, Editora Atlas – São Paulo 1996, 320 p.
- LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.
- LIMA, K. T. L. **Qualidade de vida de portadores de doença Falciforme de uma microrregião do sudoeste baiano**. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais e Saúde, da Universidade Católica de Goiás, como requisito para obtenção do título de mestre em ciências ambientais e da saúde. 2015. 80p.
- MAROCO, João. **Análise Estatística com utilização do SPSS**, 2ª Edição, Editora Silabo, Lisboa 2003, 508 p.
- MEIRELES, M.RG. **Aplicação prática dos processos de análise de conteúdo e análise de citações em artigos relacionados às redes neurais**. Inf. Inf. Londrina, v. 15, n. 2, p. 77 - 93, jul./dez, 2010.
- MENEZES, A. S. O. P. et al. **Quality of life in patients with sickle cell disease**. Revi. Paul. Pediatria, v. 31, n.1, p. 24-9, 2013.
- MINAYO, M. C. S.; HARTZ, M. A.; BUSS, P. M. **Qualidade de vida e saúde: um debate necessário**. Rev. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 5, n.1, p.7-18, 2000.
- OHARA, et al. **Dor osteomuscular, perfil e qualidade de vida de indivíduos com doença falciforme**. Revista Brasileira Fisioterapia, São Carlos, v. 16, n. 5, p. 431-438, 2012.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) - 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 20 novembro de 2016.

- PAIXÃO, Marcelo; CARVANO, M. (Org.). **Relatório anual das desigualdades raciais no Brasil; 2007-2008**. Rio de Janeiro: Garamond, 2008. 213p.
- PEREIRA, D. M.; CLEMENTE, C. M. S. **A utilização do sistema de informação geográfica - sig na análise da evolução populacional e do índice de desenvolvimento humano - IDH na microrregião de Guanambi (BA) - 1991, 2000 E 2010**. Revista Desenvolvimento Social. Edição Especial, 2014.
- PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: Teoria e Prática**. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro: 2001. 596p.
- PITALUGA, W. V. C. **Avaliação da qualidade de vida de portadores de anemia falciforme**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Departamento de Psicologia, Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2006. 108p.
- QUADROS, T. M. B. et al. **Qualidade de vida de mulheres fisicamente ativas**. Acta Sci. Health Sci, Maringá, n.1, v. 30, p. 13-17, 2008.
- ROBERTTI et al. **Avaliação da qualidade de vida em portadores de doença falciforme do Hospital das Clínicas de Goiás, Brasil**. Revista Brasileira Hematologia e Hemoterapia, v. 36, n. 6, p. 449-454, 2010.
- ROSS, K. E. **Sobre a morte e o morrer: o que os doentes têm para ensinar a médicos, enfermeiros, religiosos e aos próprios parentes**. 7ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1997.
- SESAU/CGPLAN - Secretaria de Estado da Saúde de Roraima. **Plano Estadual de Saúde/2012-2015**. Boa Vista-RR, 2012. 805p.
- SILVA, D. H. **Sickle cell disease and its psychosocial aspects: the look of patient and caregiver family**. Revista Cuidarte. Programa de Enfermería UDES. 2013.
- SILVA, L. P. A; NOVA, C. V.; LUCENA, R. **Sickle Cell anemia and hearing loss among children and youngsters: literature review**. Braz Otorhinolaryngol, v. 78, n.1, p.126-31, 2012.
- SILVA, H. P. **Anemia Falciforme como experiência: relações entre vulnerabilidade social e corpo doente enquanto fenômeno biocultural no Estado do Pará. Amazônica**. Revista Antropol., v. 5, n.1, p.10 3, 2013.
- SMITH, W. et al. **Daily Assessment of pain in adults with sickle cell disease**. Annals of Internal Medicine, v.148, n. 2, p. 94-102, 2008.
- WHOQOL. **The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization**. Social Science and Medicine, v. 10, p.1403-1409, 1995.
- WHOQOL. **Versão em português do WHOQOL-BREF (2000)**. <http://www.ufrgs.br.whoqol1.htm1>. Acessado dia 23 de novembro de 2016.
- ZAGO, M. A; PINTO, A.C.S. **Fisiopatologia das doenças falciformes: da mutação genética à insuficiência de múltiplos órgãos**. Rev. Bras. Hematol. e Hemoterapia, v. 29, n.3, p. 207-14, 2007.

SOBRE OS AUTORES

Achilles Gonçalves Coelho Júnior. Doutor pela Faculdade de Filosofia e Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP. Mestre em Psicologia Social pela Universidade Federal de Minas Gerais. Professor e coordenador do Serviço de Atendimento Psicopedagógico das Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros-MG. Psicólogo. E-mail: achillescoelho@gmail.com

Adriano Furtado Holanda. Doutor em Psicologia pela PUC-Campinas, Mestre em Psicologia Clínica pela Universidade de Brasília, Professor do Departamento de Psicologia (Graduação) e no Mestrado da Universidade Federal do Paraná. Coordenador do Laboratório de Fenomenologia e Subjetividade (LabFeno) – UFPR. Editor Chefe da Phenomenological Studies-Revista da Abordagem Gestáltica (Qualis A2) e Editor Associado da revista Interação em Psicologia (UFPR). Coordenador do Grupo de Trabalho Fenomenologia, Saúde e Processos Psicológicos na ANPEPP (Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia). E-mail: aholanda@yahoo.com

Angela Ales Bello. Professora emérita de História da Filosofia Contemporânea da Universidade Pontifícia Università Lateranense (PUL), decano da Faculdade de Filosofia. É professora Visitante na Universidade de São Paulo e Universidade Católica de Campinas. É Presidente do Centro Italiano di Ricerche Fenomenologiche com sede em Roma filiado The World Phenomenology Institute, especialista na fenomenologia de Edmund Husserl e Edith Stein. Há mais de uma década vem com regularidade no Brasil, contribuindo na Psicologia em eventos, nas diversas Universidades públicas do Estado, do Governo Federal e privadas de Norte a Sul.

Cleiry Simone Moreira da Silva. Enfermeira. Doutora em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UniRio). Professora Titular III- Centro Universitário Estácio da Amazônia. E-mail: cleirynete@hotmail.com

Cristiano Roque Antunes Barreira. Livre Docente, Doutor em Psicologia pela Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto - USP (2004). Atualmente é Professor Associado (RDIDP) da Universidade de São Paulo, na Escola de Educação Física e Esporte de Ribeirão Preto e professor orientador no Programa de Pós-graduação em Psicologia/ FFCLRP - USP. E-mail: crisroba@gmail.com

Ewerton Helder Bentes de Castro. Pós-doutor e Doutor pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP, Mestre em Educação pela UFAM (1999). Possui Graduação em Psicologia pela UFAM (2006) . Docente do PPGPSI/UFAM . E-mail: ewertonhelder@gmail.com

Ileno Izidio da Costa. Doutor em Psicologia Clínica pela UnB/University of Warwick, Especializado em Psicologia e Psicoterapia Conjugal e Familiar (CEFAM) e em Psicologia Clínica (CRP-01); Mestre em Psicologia Social e da Personalidade pela UnB; Master of Arts in Philosophy and Ethics of Mental Health (University of Warwick/Reino Unido) e Professor

Adjunto do Departamento de Psicologia Clínica da UnB. Coordenador dos Grupos de Intervenção Precoce nas Psicoses (GIPSI), PERSONNA (Violência, Criminalidade, Perversão e Psicopatia) e do Núcleo de Estudos, Pesquisas e Atendimentos em Saúde Mental e Drogas do Instituto de Psicologia da UnB. E-mail: ilenoc@gmail.com

Joelma Ana Gutiérrez Espíndula. Pós-doutora pela Universidade Federal de Uberlândia. Doutorado sanduíche em Ciências pela Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto (FAPESP, 2009), e Universidade Lateranense de Roma (CAPES, 2009), Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia pela Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP (FAPESP, 2001). Possui Aprimoramento/Residência em Psicopedagogia pela FMRP/USP e Graduação em Psicologia pela UNIVALE (1996). Professora Associada do Curso de Psicologia da CEDUC/UFRR e professora perm. do Programa de Pós-graduação nas Ciências da Saúde - PROCISA/UFRR. Coordenadora do Serviço Plantão Psicológico no SAP. Membro do GT de Fenomenologia, Saúde e Processos Psicológicos da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia (ANPEPP). E-mail: espindula.joelma@ufrr.br

Katyanne Melo da Silva. Graduada do Curso de Psicologia da Universidade Federal de Roraima (UFRR).

Luciana Lopes Silva Martins. Psicóloga, possui Mestrado em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - PROCISA - Universidade Federal de Roraima - UFRR. Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Psicologia Clínica. Atua desde dezembro de 2013 no Centro de Hematologia e Hemoterapia de Roraima, com atendimento voltado ao paciente hematológico, aconselhamento genético; orientações aos familiares; atuação em equipe multidisciplinar; avaliação psicológica; psicoterapia individual e em grupo; atendimento em sala de espera; elaboração de laudos, relatórios e pareceres.

Mariana Cardoso Puchivailo. Doutora em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília. Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Paraná, Pós-graduada em Psicologia Analítica pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Paraná e Graduação em Musicoterapia pela Faculdade de Artes do Paraná. Professora de Psicologia do Curso de Graduação da FAE Centro Universitário. Coordenadora Editorial da Revista Psicofae: Pluralidades em Saúde Mental. E-mail: marianapuchivailo@yahoo.com.br

Matuzalém Lima e Sousa. Graduado do Curso de Psicologia da Universidade Federal de Roraima (UFRR).

Miguel Mahfoud. Doutor em Psicologia Social pelo Instituto de Psicologia da USP, com pós-doutorado na Pontifícia Università Lateranense (Roma), Professor Associado do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFMG. Membro do Grupo de Trabalho Psicologia & Fenomenologia da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia (ANPEPP) e Membro do Conselho Consultivo

da Sociedade de Estudos e Pesquisas Qualitativos (SE&PQ). Editor Senior da revista *Memorandum: Memória e História em Psicologia*.

Pamela Alves Gil. Psicóloga (PUC MG, 1981), Médica (UFMG, 1985), Doutora em Psicologia (Universidade de Paris, 1997), Professora Associada da Psicologia UFRR e Membro do PPG em Antropologia da UFRR.

Paulo Sérgio da Silva. Enfermeiro. Doutor em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UniRio). Professor Adjunto I - Universidade Estadual de Roraima (UERR), Brasil. E-mail: pssilva2008@gmail.com

Thales Frederico Ribeiro Fonseca. Fisioterapeuta, Osteopata C.O pela Escuela de Osteopatía de Madri (2006), Pós-Graduação Latu-Sensu em Osteopatia pela Universidade Castelo Branco UCB-RJ (2006) e Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Roraima - UFRR (2013).

Tommy Akira Goto. Docente e pesquisador da Pós-Graduação em Psicologia e da Pós-Graduação em Filosofia da Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Membro do GT de Fenomenologia da Associação Nacional de Pós-Graduação em Filosofia (ANPOF). Membro do GT de Fenomenologia, Saúde e Processos Psicológicos da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia (ANPEPP). Membro-colaborador do Circulo Latinoamericano de Fenomenologia (CLAFEN), Membro Ordinário da Asociación Internacional de Fenomenología y Ciencia Cognitiva e Membro-assistente da Sociedad Iberoamericana de Estudios Heideggerianos SIEH e Vice-presidente da Associação Brasileira de Psicologia Fenomenológica (ABRAPFE).

É com imenso prazer que apresento a obra "Psicologia Fenomenológica e saúde: teoria e pesquisa", elaborada a partir dos estudos comunicados no II Seminário de Fenomenologia & Psicologia fenomenológica e II Congresso Internacional Pessoa e Comunidade, que foi realizado na cidade de Boa Vista, na Universidade Federal de Roraima (UFRR), nos dias 12 e 13 de setembro de 2017. Esse evento abriu um campo perspicuo de debates entre professores doutores e pesquisadores convidados de universidades nacionais e internacionais, além de alunos da graduação e pós-graduação. Sou grata pela oportunidade que a UFRR nos ofereceu, através de suas instalações e outras formas de apoio, tornando possível integrar o conhecimento desenvolvido pelos participantes locais e da região Norte, mas também daqueles advindos das regiões Centro-oeste, Sudeste e Sul do país.

Já há algum tempo eu tinha o desejo de reunir em um livro discussões sobre temas de relevância na área da psicologia, fenomenologia e ciências da saúde. O livro foi dividido em duas sessões, na primeira sessão se encontra uma parte de fundamentação teórica e, na segunda, se encontram as pesquisas empíricas e relatos de experiência. Nessa primeira parte estão as conferências da professora Angela Ales Bello, que propõem desenvolver um método efetivo e com rigor (fenomenológico) de trabalho para compreender a complexidade do ser humano, tendo como ponto de partida o reconhecimento, pelo pesquisador, da pergunta: o que significa o ser humano para mim? Para responder essa questão, ela nos apresenta que o conhecimento tem atitude essencialmente intencional, bem como que o tema da subjetividade e intersubjetividade passam pela estrutura transcendental dos atos vividos, dos quais se têm consciência.